

Gudrun Bosse-Steuernagel

**IDENTIFIKATION VON AUSEINANDERSETZUNGSSTRATEGIEN
MIT CHRONISCHER KRANKHEIT UND
DEREN AUSWIRKUNGEN AUF PSYCHISCHES UND
SOMATISCHES BEFINDEN**

**Eine explorative Studie am Beispiel der
Auseinandersetzung mit chronischer Hämodialyse**

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555410_0006

Psychologie

Identifikation von Auseinandersetzungsstrategien
mit chronischer Krankheit und deren Auswirkungen
auf psychisches und somatisches Befinden
Eine explorative Studie am Beispiel der
Auseinandersetzung mit chronischer Hämodialyse

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
P h i l o s o p h i s c h e n F a k u l t ä t
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)
vorgelegt von

Gudrun Bosse-Steuernagel
aus Lauterbach/Hessen

1980

Tag der mündlichen Prüfung: 6.2. 1981

Dekan: Prof. Dr. M.E. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. M. Reiss

Korreferent: Priv. Doz. Dr. F. Breuer



Danksagung

Die Durchführung dieser Arbeit wäre ohne die Unterstützung und Hilfe anderer Menschen nicht möglich gewesen.

Die Patienten des Dialysezentrums in Greven waren bereit, mit mir über ihre Konflikte und Probleme zu sprechen und sich mit zum Teil belastenden Fragen auseinanderzusetzen. Für ihr Vertrauen und ihre Offenheit möchte ich ihnen danken. Ich habe viel von ihnen gelernt.

Herr Prof.Dr. Losse, Direktor der medizinischen Poliklinik der Universität Münster und Herr Priv.Doiz.Dr. Graefe, leitender Arzt des Dialysezentrums in Greven, machten durch ihre Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen die Durchführung der Untersuchung erst möglich. Herrn Dr. Graefe verdanke ich darüber hinaus zahlreiche Informationen über die medizinische und psychosoziale Situation von Dialysepatienten und eine Reihe fruchtbarer Diskussionen.

Die Mitarbeiter des Dialysezentrums, insbesondere Frau M. Schonhoven, waren mir mit großem Engagement bei der organisatorischen Abwicklung der Untersuchung behilflich.

Frau Dr. G. Strauch-Rahäuser verdanke ich ein Exemplar der von ihr mitentwickelten "Liste somatischer Kriterien für RDT-Patienten", Frau Prof.Dr. U. Piontkowski ein Exemplar der deutschen Übersetzung des Fragebogens zur "Internalen-Externalen Kontrolle".

Zahlreiche methodische Hinweise zur Auswertung der Arbeit erhielt ich von Herrn Dr. U. Plessen, Herrn Dr. D. Steinhausen und Herrn Dr. K. Langer. Dr. Steinhausen und Dr. Langer führten zudem die elektronische Berechnung der Clusteranalysen und der darauf basierenden Sekundäranalysen durch. Frau R. Kallabis besorgte die gesamte restliche elektronische Auswertung der Daten.

Frau Prof.Dr. Reiss gab mir die Möglichkeit zur Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit und half mir durch

ihre Anregungen und Hinweise.

Allen hier genannten möchte ich an dieser Stelle herzlich danken. Ich hoffe, daß die Ergebnisse dieser Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Situation der Patienten leisten können.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		<u>Seite</u>
KAPITEL I	EINLEITUNG	1
	Idee und Ziele der Untersuchung Überblick über den Aufbau der Arbeit	
KAPITEL II	THEORIE	4
1.	<u>Streß, Streßbewältigung und Ge- sundheit</u>	4
1.1.	Vorbemerkung	4
1.2.	Grundlagen des Coping-Ansatzes	5
1.3.	Allgemeine Modelle des Bewälti- gungsprozesses	8
1.4.	Das Streßkonzept als Erklärungs- modell der Wirkung psychischer Prozesse auf Körperreaktionen	18
1.5.	Integration verschiedener An- sätze und systematische Ablei- tung möglicher Coping-Strategien	27
1.6.	Zusammenfassung	42
2.	<u>Die Situation der Dialysepa- tienten, ihre Reaktionen und Versuche der Bewältigung - Ein Literaturüberblick</u>	46
2.1.	Die Situation	46
2.1.1.	Medizinische Aspekte	46
2.1.2.	Psycho-soziale Aspekte	52
2.2.	Reaktionen und Bewältigungsstra- tegien	56
KAPITEL III	PROBLEMFORMULIERUNG UND METHODE	72
1.	Ziele und Erwartungen	72
2.	Methodologische Vorüberlegungen	76
3.	Untersuchungsdurchführung	80
3.1.	Untersuchungsinstrumente	80
3.2.	Untersuchungsrahmen	92

	<u>Seite</u>
3.3.	Gewinnen der Stichprobe 93
3.4.	Ablauf der Untersuchung 94
4.	Statistische Auswertung und ein- gesetzte Verfahren 94
KAPITEL IV	ERGEBNISSE UND DISKUSSION 96
1.	<u>Beschreibung der Stichprobe</u> 96
1.1.	Fragestellung und Methodik 96
1.2.	Ergebnisse 96
1.2.1.	Dialysetting und Geschlecht 96
1.2.2.	Alter 97
1.2.3.	Familienstatus 98
1.2.4.	Schulabschluß 99
1.2.5.	Erwerbstätigkeit und ihre Ver- änderung seit Beginn der Dia- lyse 100
1.2.6.	Berufstätigkeit des Partners 104
1.2.7.	Netto-Einkommen des Gesamt- Haushaltes und Änderung seit Beginn der Dialyse 104
1.2.8.	Wohnsituation 106
1.2.9.	Dialyse-Situation 107
1.3.	Zusammenfassung und Diskussion 109
2.	<u>Die Identifikation und Be- schreibung von Auseinander- setzungsstrategien</u> 114
2.1.	<u>Internale-Externale Kontrolle und Repression-Sensitization</u> 115
2.1.1.	Fragestellung und Methodik 115
2.1.2.	Internale-Externale Kontrolle 116
2.1.2.1.	Ergebnisse der Dialysepatien- ten für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht und Vergleich mit der Eich- stichprobe 116
2.1.2.2.	Der Einfluß soziodemographi- scher Variablen 117

	<u>Seite</u>
2.1.3.	Repression-Sensitization 118
2.1.3.1.	Ergebnisse der Dialysepatienten für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht und Vergleich mit der Eichstichprobe 118
2.1.3.2.	Der Einfluß soziodemographischer Variablen 120
2.1.4.	Zusammenfassung und Diskussion 121
2.2.	<u>Das Coping-Interview</u> 125
2.2.1.	<u>Dimensionen des Coping-Interviews</u> 125
2.2.1.1.	Fragestellung und Methodik 125
2.2.1.2.	Ergebnisse 127
2.2.1.2.1.	Faktorenanalyse 127
2.2.1.2.2.	Clusteranalyse der Variablen 128
2.2.1.3.	Zusammenfassung und Diskussion 136
2.2.2.	<u>Das Verhalten der Gesamtstichprobe</u> 137
2.2.2.1.	Fragestellung und Methodik 137
2.2.2.2.	Ergebnisse der Gesamtstichprobe 137
2.2.2.3.	Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten 146
2.2.2.4.	Zusammenfassung und Diskussion 148
2.2.3.	<u>Die Identifikation von Patientengruppen mit unterschiedlichen Auseinandersetzungsstrategien</u> 154
2.2.3.1.	Fragestellung und Methodik 154
2.2.3.1.1.	Clusteranalyse der Elemente 154
2.2.3.1.2.	Bestimmung der Clusteranzahl 156
2.2.3.1.3.	Überprüfung der gefundenen Cluster mithilfe der Diskriminanzanalyse 157
2.2.3.2.	Ergebnisse 159
2.2.3.2.1.	Bestimmung der Cluster-Anzahl 159
2.2.3.2.2.	Varianzanalyse der Items Diskriminanzanalyse der 4-Cluster-Lösung 160

	<u>Seite</u>
2.2.3.2.3.	Varianz innerhalb der Cluster und Anzahl der enthaltenen Elemente 163
2.2.3.2.4.	Beschreibung der Cluster 163
2.2.3.3.	Der Einfluß soziodemographi- scher Variablen 191
2.2.3.3.1.	Fragestellung und Methodik 191
2.2.3.3.2.	Ergebnisse 191
2.2.3.4.	Zusammenfassung und Diskussion 198
2.3.	<u>Zusammenhänge zwischen den Coping-Clustern und den Skalen Internale-Externale Kontrolle und Repression-Sensitization</u> 218
2.3.1.	Fragestellung und Methodik 218
2.3.2.	Ergebnisse 218
2.3.2.1.	Internale-Externale Kontrolle 218
2.3.2.2.	Repression-Sensitization 220
2.3.3.	Zusammenfassung und Diskussion 222
3.	<u>Die Beziehung zwischen Aus- einandersetzungsstrategien und verschiedenen Erfolgs- kriterien</u> 228
3.1.	Fragestellung und Methodik 228
3.2.	<u>Die vom Arzt und den Patienten selbst eingeschätzte Zufrieden- heit und Fähigkeit zur Bewäl- tigung der Krankheit</u> 229
3.2.1.	Arzt-Rating: Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt 230
3.2.2.	Selbst-Rating: Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt 231
3.2.3.	Vergleich der Beurteilung durch den Arzt mit der Selbst- einschätzung 232
3.2.4.	Arzt-Rating und Selbst-Rating: Der Einfluß soziodemographi- scher Variablen 233

		<u>Seite</u>
3.2.5.	Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der vom Arzt und den Patienten selbst eingeschätzten Zufriedenheit und Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung	234
3.2.6.	Zusammenfassung und Diskussion	238
3.3.	<u>Medikamentenverbrauch</u>	247
3.3.1.	Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt	247
3.3.2.	Der Einfluß soziodemographischer Variablen	248
3.3.3.	Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und dem Medikamentenverbrauch	249
3.3.4.	Zusammenfassung und Diskussion	252
3.4.	<u>Beschwerdenlisten</u>	258
3.4.1.	Häufigkeit und Intensität der Beschwerden	259
3.4.1.1.	Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichproben und Vergleich mit der Eichstichprobe und verschiedenen klinischen Kollektiven	259
3.4.1.2.	Der Einfluß soziodemographischer Variablen	261
3.4.1.3.	Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Häufigkeit und Intensität von Beschwerden	262
3.4.2.	Art der vorkommenden Beschwerden	265
3.4.2.1.	Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichproben und Vergleich mit der Eichstichprobe	265
3.4.2.2.	Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Art der Beschwerden	270
3.4.3.	Zusammenfassung und Diskussion	277

	<u>Seite</u>
3.5. <u>Liste somatischer Kriterien und die Erweiterung dieser Liste</u>	299
3.5.1. Häufigkeit der Komplikationen	300
3.5.1.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichproben und Vergleich mit anderen Gruppen von Dialysepatienten	300
3.5.1.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen	301
3.5.1.3. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Häufigkeit von Komplikationen	301
3.5.2. Art der vorkommenden Komplikationen	303
3.5.2.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt	303
3.5.2.2. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Art der Komplikationen	308
3.5.3. Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Beschwerden und der Häufigkeit von "objektiv vorhandenen" Komplikationen	311
3.5.4. Zusammenfassung und Diskussion	311
KAPITEL V ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION HINSICHTLICH MÖGLICHER PRÄVENTIONS- BZW. THERAPIESTRATEGIEN	325
KAPITEL VI ZUSAMMENFASSUNG	341
VII LITERATURVERZEICHNIS	350
VIII ANHANG	
a) Fragebögen	
b) Tabellen	

KAPITEL I EINLEITUNG

Idee und Ziele der Untersuchung Überblick über den Aufbau der Arbeit

Anschließend an die Trennung DESCARTES' in eine subjektiv-psychische und eine objektiv-körperliche Welt entwickelte sich die Medizin seit etwa 100 Jahren zu einer reinen Naturwissenschaft. Sie untersuchte von da an sehr subtil nur das Objekt Organismus und die darauf einwirkenden Noxen, verlor aber den Menschen als Subjekt in seinen Beziehungen zu Mitmenschen und Umwelt aus den Augen.

In den letzten Jahren bahnte sich hier jedoch ein beträchtlicher Wandel an. Viele medizinisch-therapeutische Bemühungen auf Basis eines rein naturwissenschaftlichen Ansatzes erwiesen sich als ineffektiv und dies bewirkte, daß psycho-soziale Bedingungen zunehmend wieder in den Blickpunkt gerieten. Einen wesentlichen Anteil an dieser Veränderung hat dabei die Tatsache, daß heute nicht "Infektionskrankheiten" sondern "chronische Krankheiten" mit einer zumindest psycho-sozial mitbedingten Genese am häufigsten auftreten und auch die psycho-soziale Rehabilitation zu einem wichtigen Ziel wurde.

Die Psychologie kann im Rahmen einer psychosomatisch ausgerichteten Medizin einen wesentlichen Beitrag leisten. Neben der Aufdeckung der Pathogenese von Krankheiten, die psycho-sozial bedingt sind, und der Entwicklung von daraus abgeleiteten Therapievorschlägen, existiert ein zweiter wesentlicher Bereich der Psychosomatik.

Auch der genuin "rein organisch" Kranke wird im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtungsweise in seinen Umweltbeziehungen und als Subjekt seiner Handlungen gesehen. Es ergeben sich dann die Fragen: Wie geht der Kranke mit den Belastungen durch seine Krankheit um; wie erlebt er das soziale Umfeld Krankenhaus und das medizinische Personal, wie kann er mit diesem kooperieren; ergeben sich aufgrund des Scheiterns die-

ser Bewältigungs- und Kooperationsversuche eventuell sekundär psychische und somatische Folgeerkrankungen?

Dieser zweite große Bereich soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelt werden. Organische Krankheit wird hier als ein Streßfaktor aufgefaßt, der die Entwicklung von Bewältigungsstrategien im psychischen wie im interpersonellen Bereich erforderlich macht, besonders dann, wenn es sich um chronische Erkrankungen handelt.

Persönliche Verletzung und Krankheit sind starke potentielle Krisen. Der von HOLMES und RAHE (1967) entwickelte "Life-event"-Fragebogen zur Erfassung von Lebenskrisen, der insgesamt 50 Ereignisse umfaßt, nennt diese hinsichtlich ihres potentiell schädlichen Einflusses bereits an fünfter Stelle.

Chronische Krankheit und die von den Patienten eingesetzten Bewältigungsversuche stellen also einen Sonderfall des allgemeinen Zusammenhangs zwischen Streß/Krise, Verarbeitungsleistung und daraus resultierenden psychischen und somatischen Befinden dar.

Hiervon ausgehend ergibt sich die Idee dieser Arbeit, zu untersuchen, ob es Zusammenhänge gibt zwischen bestimmten Formen der Auseinandersetzung mit Krankheit und dem psychischen Befinden, wie auch dem Auftreten von zusätzlichen (psychosomatischen) Komplikationen. Ein methodisches Problem stellt sich dabei in der Unterscheidung zwischen somatischen Störungen, die aus der Grunderkrankung resultieren und solchen, die streßbedingt sind.

Die Untersuchung soll mit Patienten durchgeführt werden, die an einer chronischen Nierenerkrankung leiden und daher ständig auf ein Dialysegerät angewiesen sind. Es besteht die Annahme, daß diese Patienten durch ihre Erkrankung stark belastet sind und ihre Probleme beispielhaft sind für die chronisch Kranken im allgemeinen und für die Probleme chronisch Kranker, die apparativer Hilfe bedürfen, im besonderen. Gerade die

Abhängigkeit dieser Patienten von der infolge der technischen Weiterentwicklung entstandenen sogenannten "Apparate-Medizin" bedingt schwerwiegende Probleme.

Ziel dieser Arbeit ist es, aus den gefundenen Zusammenhängen, zwischen Auseinandersetzungsstrategien und somatischem und psychischem Befinden Therapie- bzw. Präventionsvorschläge für solche Patientengruppen abzuleiten, deren Bewältigungsstrategien ineffektiv sind.

Die Arbeit ist insgesamt folgendermaßen aufgebaut: Um den postulierten Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und Befinden zu belegen, wird zunächst im Theorieteil das Streßkonzept erläutert. Es wird versucht, in einer Synthese verschiedener Ansätze differenziertere Annahmen über den Zusammenhang zwischen Coping-Strategien und somatischen und psychischen Komplikationen zu formulieren (II 1.).

Der zweite große Bereich des Theorieteils umfaßt die Darstellung von Literatur über die Situation der Dialysepatienten, sowie von Untersuchungen, die sich mit Auseinandersetzungsversuchen und Reaktionen dieser Patienten auf ihre Situation, sowie Bedingungen erfolgreicher Bewältigung befassen (II 2.).

In Teil III sind die der Untersuchung zugrundeliegenden Erwartungen und die methodischen Überlegungen enthalten. In Teil IV werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und diskutiert. In Teil V wird versucht, aus den Ergebnissen Schlußfolgerungen für das Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal, sowie für mögliche psychotherapeutische Eingriffe zu ziehen. Teil VI enthält die Zusammenfassung.

KAPITEL II THEORIE

1. Streß, Streßbewältigung und Gesundheit

1.1. Vorbemerkung

Bisherige Untersuchungen zum Umgang mit chronischer Hämodialyse beschränkten sich häufig darauf, die Reaktionen auf Krankheits-Streß, wie emotionale Zustände, oder psychiatrische Störungen, zu beschreiben. Seltener wurden die Voraussetzungen und Bedingungen dieser Reaktionen untersucht (GOLDSTEIN und REZNIKOFF, 1973; SHANAN et al. 1976). Dagegen halten es STRAUCH-RAHÄUSER et al. (1977) für sinnvoll, Zugänge zu diesem Gebiet weniger über die Erfassung psychiatrischer Störungen, als über die Messung des Coping- oder Bewältigungs-Verhaltens zu suchen.

Dieser Weg soll in der vorliegenden Arbeit beschrritten werden. Mit diesem Ansatz wird einer Idee gefolgt, wie sie unter anderem in der "Krisentheorie", dem Kernstück einer präventiven Psychiatrie, ihren Niederschlag fand. (z.B. CAPLAN 1964, SOMMER 1977)

" Wir müssen das Hauptaugenmerk darauf richten, wie sie agieren (statt wie sie reagieren), welche Bewältigungsmechanismen sie haben (statt welcher Abwehrmechanismen) und wie erfolgreiche Verhaltensweisen zu lehren sind (anstelle der Veränderung von Reaktionen). " (REIFF, 1967, S. 77; zit. n. SOMMER, 1977)

In dieser Formulierung sind drei wesentliche Aussagen enthalten: Es geht um die Erfassung von Bewältigungsstrategien, von Kompetenzen, anstatt von Defiziten und Störungen; diese Strategien sollen auf ihre Effektivität hin geprüft werden; aus den Ergebnissen eines solchen Vorgehens lassen sich dann Ziele und Handlungsanweisungen für Prävention und Therapie ableiten. Besonders im letzten Punkt zeigt sich die Überlegenheit gegenüber anderen Vorgehensweisen, die ausschlaggebend für die Wahl des Ansatzes für diese Arbeit war: die Ableitbarkeit von Therapie- bzw. Präventionsvorschlägen. Eine Konkretisierung fand dieser Ansatz im Modell der "Kompetenzmessung" von GOLDFRIED und D'ZURILLA (1969), der im Methodenteil (III) ausführlicher dar-

gestellt wird.

Der Theorie-Teil ist im folgenden zweigeteilt: Zunächst werden einige Ansätze und Ergebnisse referiert, die die Grundlage für die Untersuchung in der vorliegenden Arbeit bilden. Anschließend werden die somatische und die psychische Situation der Dialysepatienten dargestellt, um den sie belastenden Stress zu konkretisieren, sowie einige Untersuchungen referiert, die sich mit den Reaktionen der Patienten, bzw. mit ihren Bewältigungsversuchen befassen.

1.2. Grundlagen des Coping-Ansatzes

Der "Umgang mit Krankheit" läßt sich einordnen in das allgemeine Konzept der "Auseinandersetzung mit Lebensstress", wie es unter anderem von LAZARUS (1966 und 1976) und jüngst von VON UEXKÜLL und WESIACK (1979), von den letztgenannten in der Konzeption des "Funktionskreises" formuliert wurde. Es handelt sich in beiden Fällen um sehr allgemeine Modelle, denen gemeinsam ist, daß sie von einer Interaktion zwischen Organismus und Umwelt, sowie zwischen psychischen und somatischen Prozessen ausgehen, und daß sie den aktiven Anteil der Individuen an dem Interaktionsprozeß mit der Umwelt betonen.

LAZARUS (1976) entwickelt in seinem Buch "Patterns of adjustment" die Auffassung, daß sich alle Organismen, sowohl Tiere wie Menschen, in einem ständigen Auseinandersetzungsprozeß mit der Umwelt befinden. Diese Idee hat nach Meinung von LAZARUS ihren Ursprung im biologischen Konzept von DARWIN (1859). Dort wurde dargelegt, daß nur die Tierart überlebt, die ihre biologischen Strukturen und Prozesse an die Umwelt anpassen kann (Adaptation). Durch die Psychologie wurde dies Konzept erweitert und verändert. Nicht die biologische Anpassung der Art, sondern die individuelle, psychische Auseinandersetzung mit der Umwelt ist Gegenstand der Untersuchung (Adjustment). LAZARUS meint,

daß eine Auseinandersetzung mit der Umwelt aufgrund der immer vorhandenen physikalischen wie sozialen Anforderungen ständig nötig ist. Er betont, daß unter "Adjustment" ebenso aktive Prozesse der Umgestaltung der Umwelt, wie auch ein "Einpassen" in bestehende Strukturen zu verstehen ist. Falls die Anforderungen der Umwelt die Ressourcen des Individuums übersteigen, werden sie zu belastendem Streß, zu einer Krise. Diese kann durch vermehrte Anstrengungen gelöst werden, oder das Individuum scheitert, was sich in psychischen oder somatischen Störungen unterschiedlichen Schweregrades realisieren kann.

Damit ist der Rahmen eines übergreifenden Konzepts formuliert, in das sich verschiedene Ansätze, die sich mit Bedingungen somatischer und psychischer Krankheit befassen, einordnen lassen, und das auch die Basis für die hier angestrebte Identifikation von "Bewältigungsstrategien" und deren Zusammenhang mit psychischen und somatischen Befinden darstellen kann.

Von VON UEXKÜLL und WESIACK (1979) wird ein ganz ähnliches Konzept vertreten. Diese stellen fest, daß der Medizin bis heute eine "Allgemeine Theorie der Heilkunde" fehlt und sie glauben, im Streßkonzept eine Grundlage für eine solche zu finden.

Auch sie gehen von einer Interaktion zwischen Individuum und Umwelt aus, die sie in der Konzeption des Funktionskreises von J.V. UEXKÜLL (1936) konkretisiert sehen (Abb. 1).

Abb. 1: Der "Funktionskreis"



(Aus: UEXKÜLL, 1979, S. 13)

Der Organismus steht über "Merken" und "Wirken" in ständigem Kontakt mit der Umwelt und reguliert sich selbst. Der Funktionskreis beschreibt ein Geschehen, in dem die Bezüge zwischen Lebewesen und ihrer Umgebung geschaffen werden.

Laut VON UEXKÜLL und WESIACK ist dann "Allgemeines Gesundsein" der reibungslose Aufbau und Umbau von Umwelt. Ähnlich formuliert LAZARUS (1971), daß "Coping" Anstrengungen umfaßt, um die Beziehung zwischen Organismus und Umwelt zu ändern.

Streß entsteht, sowohl in der Konzeption von VON UEXKÜLL und WESIACK, wie der von LAZARUS immer dann, wenn die Situationen das Individuum vor Probleme stellen, die es aufgrund seiner Deute- und Verhaltensprogramme nicht lösen kann, sei es, daß diese unbekannt, oder die Anforderungen zu hoch sind. Auch von anderen Autoren wird dieser Aspekt erwähnt. So nennt ENGEL (1968) als unspezifische Konstellation für den Ausbruch von Krankheiten eine Änderung in der Umgebung, der gegenüber sich die Betroffenen hilflos und hoffnungslos vorkommen und die zum "Giving-up - Given-up" Komplex führen. In eine ähnliche Richtung geht auch das Konzept der "gelernten Hilflosigkeit" von SELIGMAN(u.a. SELIGMAN

und MAIER, 1976) in dem als Ursache von Störungen die individuell wahrgenommene Unabhängigkeit zwischen eigenem Verhalten und seinen Konsequenzen (m. a. W. subjektive Unsicherheit bezüglich der Bedingungen der Umgebung und einzusetzender Verhaltensprogramme) angenommen wird. Ebenso führt HELLHAMMER (1979) als Ursache verschiedener psychosomatischer Krankheiten Desorientiertheit und Unkontrollierbarkeit der Umwelt an, und auch BIRBAUMER (1975) weist darauf hin, daß die Reizintensität alleine nicht ausreicht, um Organveränderungen zu bewirken, sondern daß entscheidend sei, ob "Bewältigungsreaktionen" zu Verfügung stehen.

Es scheint also, daß die Ansätze von LAZARUS und von V. UEXKÜLL und WESIACK, die die Wichtigkeit angemessener Deute- und Handlungsprogramme betonen, einen sehr allgemeinen Zusammenhang thematisieren, der auch von anderen Autoren wiederholt festgestellt wurde.

In einem weiteren Schritt soll nun versucht werden, den "Auseinandersetzungsprozess" auszudifferenzieren. Dies soll aber zunächst anhand allgemeiner und umfassender Modelle geschehen, die der an späterer Stelle vorgenommenen Darstellung unterschiedlicher Coping-Strategien zur Systematisierung dienen können.

Im folgenden werden "Auseinandersetzung", "Bewältigung" und "Coping" als Synonyme gebraucht.

1.3. Allgemeine Modelle des Bewältigungsprozesses

Das Modell von LAZARUS ist auch in seiner differenzierten Ausarbeitung (1966 und 1974) sehr allgemein.

Das gleiche gilt auch für den sehr ähnlichen Ansatz von HELLHAMMER (1979).

Meines Erachtens handelt es sich bei diesen Modellen um die allgemeinste Möglichkeit, psychische Tätigkeit überhaupt zu beschreiben; nämlich in ihrer Funktion die Umwelt abzubilden und Handlungen zu regulieren.

Das bedeutet: Die Ansätze gelten für alle Organismen, die bedingte Verbindungen bilden können. Dies meint, auch LAZARUS selbst, der damit menschliches und tierisches Verhalten glaubt verstehen zu können. Damit gelten sie auch für Menschen, ohne die Spezifität deren psychischer Prozesse erfassen zu können.

Die Spezifität menschlicher Regulationsprozesse wird dagegen durch solche Konzeptionen besser erfaßt, die ihre Wurzeln in den Sozialwissenschaften, bzw. in der Sozialpsychologie und Humanistischen Psychologie haben. Das Pedant zu den bisher geschilderten Konzepten ist auf speziell menschlichen Niveau ein Ansatz, der spezifisch menschliche "Krisensituationen" thematisiert und die "Auseinandersetzung" unter dem Aspekt der spezifisch menschlichen "Kompetenz" erfaßt.

Ein Mangel ist, daß bisher eine ausgearbeitete Theorie der Persönlichkeit fehlt und daher auch kein Konzept existiert, um spezifisch menschliche psychische Tätigkeit zu systematisieren. Auch das "Kompetenz-Modell" ist noch unvollständig.

Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit der allgemeinere Ansatz als Basis für die Einordnung verschiedener Ansätze genommen.

Das "Kompetenzmodell", soll unter 1.5. als Spezifikation und Ergänzung des hier referierten allgemeinen Modells noch einmal aufgenommen und ausführlicher dargestellt werden.

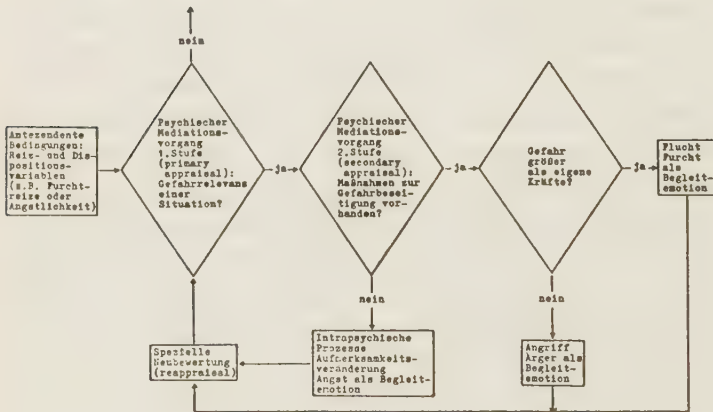
Man kann die Modelle von LAZARUS und der anderen vorn genannten Autoren auch als Konzepte der psychischen Regulation überhaupt auffassen. Dies ist eine weitere Konsequenz der Tatsache, daß es sich bei diesen Konzepten um solche handelt, die die allgemeinste und vollständigste Beschreibung psychischer Tätigkeit umfassen. Damit wäre "Auseinandersetzung" und "Bewältigung" oder "Coping" gleichzusetzen mit psychischer Regulation.

Auf diese Frage wird zum Abschluß dieses Abschnittes ausführlicher eingegangen werden.

Nach dieser Ortsbestimmung sollen die genannten Ansätze differenzierter dargestellt werden:

Einen sehr guten Überblick über den Ansatz von LAZARUS gibt KROHNE (1976). Er entwickelte ein Verlaufsschema der von LAZARUS (1966) dargestellten Prozesse (Abb. 2).

Abb. 2: Das Modell des Bewältigungsprozesses nach der Theorie von LAZARUS



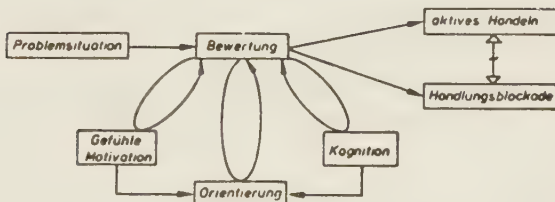
(Aus: KROHNE, 1976, S. 86)

Nach einer Bewertung der Umgebung auf ihre Relevanz und Bedrohlichkeit (primary appraisal) wird das Vorhandensein von Handlungen zur Bewältigung der Situation überprüft (secondary appraisal). Daraufhin kann das Individuum entweder direkt reagieren - auf das Problem zugehen oder sich davon entfernen - oder sich mit diesem intrapsychisch auseinandersetzen. Letzteres geschieht, wenn äußere oder innere Hindernisse die direkte Auseinandersetzung verhindern. Diesen inneren Prozeß sieht LAZARUS (1966 und 1974) im wesentlichen unter dem Aspekt der "Palliation", d.h. der "Erleichterung", "Bemäntelung". Dieser Prozeß beinhaltet also im wesentlichen einen Rückzug gegenüber der Realität, um Spannungen zu mindern. Er kann über Ich-Abwehrmechanismen,

selektive Aufmerksamkeit und die Einnahme von Medikamenten und Drogen, sowie die Durchführung von Entspannungstechniken realisiert werden. Beide generelle Strategien - direktes Handeln und intrapsychische Verarbeitung - führen zu einer Neubewertung (reappraisal) der Umwelt, die, abhängig von der gewählten Strategie, realistisch (bei direkten Handlungen) oder defensiv sein kann. Beide Strategien können laut LAZARUS (1971) effektiv sein. Sowohl primary wie secondary appraisal werden von Motiven, Einstellungen und intellektuellen Ressourcen des Individuums, d.h. also von seinen Erfahrungen beeinflusst.

HELLHAMMER's Ansatz ist dem von LAZARUS sehr ähnlich. Er verdeutlicht ihn in folgendem Diagramm (Abb. 3).

Abb. 3: Das Modell des Bewältigungsprozesses von
HELLHAMMER



(Aus: HELLHAMMER, 1979, S. 201)

Wie man sieht, findet auch hier zunächst eine Bewertung der Umgebungsbedingungen statt. Dabei wird sowohl die Umgebung bezüglich der Bekanntheit - Gefährlichkeit der in ihr enthaltenen Informationen eingeschätzt, als auch die Verfügbarkeit von Verhaltensweisen abgefragt. Primary und secondary appraisal sind hier also zusammengefaßt. Auf diesen Bewertungsprozeß haben die gespeicherten kognitiven und emotional-motivationalen Prozesse Einfluß - auch hier besteht also eine Übereinstimmung mit dem Konzept von LAZARUS. Falls die Umgebung bekannt ist, kann das Individuum direkt handeln, oder auf dieses verzichten. Falls die Situa-

tion unbekannt ist und keine Verhaltensweisen verfügbar sind, muß sich das Individuum orientieren - dies entspricht der intrapsychischen Verarbeitung bei LAZARUS. Allerdings sieht HELLHAMMER diesen Prozeß als einen zugewandten Prozeß unter dem Aspekt der Informationsaufnahme, nicht der Abwehr. Auch in diesen Prozeß gehen bei HELLHAMMER die Erfahrungen mit ein. Der Orientierungsprozeß mündet schließlich in einer veränderten Bewertung (reappraisal bei LAZARUS). Im Gegensatz zu LAZARUS bleibt diese bei direktem Handeln unverändert. Die Neuorientierung führt dann wieder zu direktem Handeln oder zur Handlungsblockade.

Problematisch an beiden Ansätzen scheint, daß sie die beiden Aspekte der "Intrapsychischen Verarbeitung" und der "Handlung" sehr stark voneinander trennen. LAZARUS meint, daß eine Problemsituation entweder zu direkter Auseinandersetzung in Form von "Handeln" führt, oder daß eine "intrapsychische Abwehr" von Information erfolgt. Eines läuft ohne das andere ab.

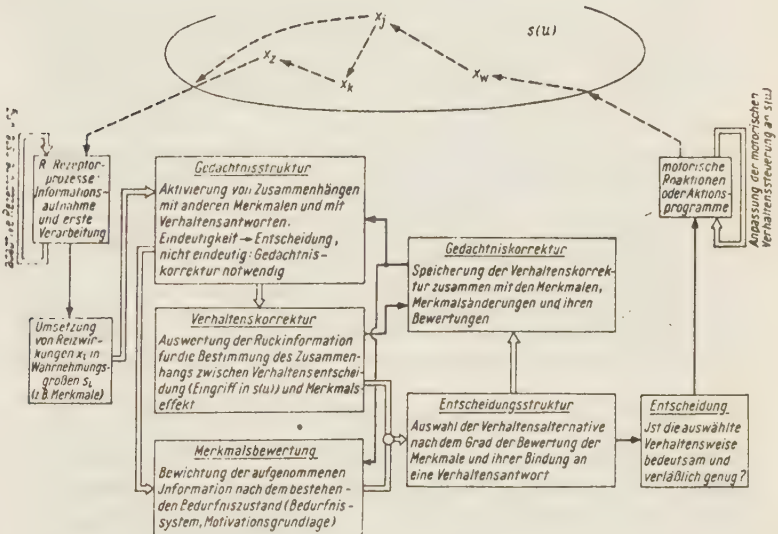
Auch bei HELLHAMMER führt im Modell die "Bewertung" entweder zu direktem Handeln oder zum Prozeß der "Orientierung".

Jedoch ist eines ohne das andere nicht möglich, falls der psychische Regulationsprozeß zu einem angemessenen und effektiven Ergebnis führen soll. In diesem Sinne sind die Modelle von HELLHAMMER und LAZARUS unvollständig, bzw. sind bereits Modelle von "Störung".

Das umfassendste Modell auf allgemeiner Ebene scheint mir bisher das Schema der "allgemeinen Lernstruktur" von KLIX (1971) zu sein (Abb. 4). Entsprechend dem "Coping"-Modell geht auch dieses Modell von einer Situation aus, in der keine verlässliche Information (d.h. unzureichende oder falsche) über die Umwelt und keine adäquaten Verhaltensweisen vorliegen. In diesem Sinne sind "Lernen" und "Bewältigung" identisch, nur daß beim Lernen der Schwerpunkt des Interesses auf der Ausbildung von Gedächtnisbesitz liegt, während bei "Be-

wältigung" mehr die Effektivität der Prozesse hinsichtlich des Wohlbefindens interessiert.

Abb. 4: Das Modell der Allgemeinen Lernstruktur von KLIX



Es bedeuten:

$s(u)$: Die Umgebungssituation mit den Objekten $x_1 \dots x_z$

$- \rightarrow$: Objektiv reale Einwirkungen

$\Rightarrow$: Einwirkung innerer Systemkomponenten auf andere

$\longrightarrow$: "Geht über in"

(Aus: KLIX, 1971, S. 38)

Wie man sieht, bestehen zu den Modellen von LAZARUS und HELLHAMMER große Ähnlichkeiten. KLIX selbst faßt das wesentliche seines Ansatzes zusammen:

" Die Wirkungen von Zustandsgrößen x_i, x_j, x_h, x_x in der Umgebung werden als Reize aufgenommen und in phänomenale Tatbestände S_i überführt. Sie regen Elemente einer vorgeformten¹ Gedächtnisstruktur an, die mit bestimmten Verhaltensalternativen als Antworten auf eben diese Reize ver-

bunden ist. Parallel dazu erfahren die wahrgenommenen Reizwirkungen eine Bewertung, die von innerorganismischen Zuständen, den Bedürfniszuständen abhängt. Wesentlich für den Anlaß zum Lernen ist, wenn keine verlässliche Verhaltensalternative gebunden bzw. wenn die in der Gedächtnisstruktur vorgeformte Verhaltensanweisung nicht eindeutig ist. Dieser Fall - nicht der der reibungslosen Verhaltensaktivierung - ist eingetragen. $x_i \rightarrow s_i$ ist dann schon eine Rückmeldung über die Wirkung einer Verhaltensweise. Die Gedächtnisstruktur wird bei der Auswertung der Rückinformation für die Verhaltenskorrektur wirksam. Sie bildet, zusammen mit der Bewertung der Situationsmerkmale, die Entscheidungsstruktur, von der Wirkungen in doppelter Richtung ausgehen: Ist die Alternative als verlässlich veranschlagt, wird das Verhaltensprogramm zur Ausführung der ausgewählten Reaktion gestartet. Entsprechend wird die Verhaltenskorrektur gesichert. Sie ermöglicht die Fixierung geprüfter und verlässlicher Merkmalsbewertungen und -zusammenhänge in der Gedächtnisstruktur. Spätere Reizwirkungen aus gleichen oder ähnlichen Situationen aktivieren dann den modifizierten Gedächtnisbesitz, der sich nach demselben Wirkungsprinzip aufs neue bewähren muß. Er kann gefestigt oder korrigiert werden." (KLIX, 1971, S. 352f)

Das wesentliche an diesem Modell besteht darin, daß aufgezeigt wird, daß Handeln und Wissen um die Zusammenhänge in der Realität nicht voneinander zu trennen sind - das "Innere Modell" wird über die Handlungen auf seine Angemessenheit geprüft; umgekehrt können sich angemessene Handlungen nur entwickeln, wenn das Individuum angemessene Abbilder von der Umwelt hat. Daher werden im Gedächtnis Merkmale der Umwelt und zugehörige Verhaltensweisen sowie Bewertungen miteinander verknüpft gespeichert.

Menschliches Lernen, bzw. menschliche psychische Tätigkeit zeichnet sich dadurch aus, daß ein "Probieren" im Kopf stattfinden kann, d.h. Problemlösungen können intern realisiert werden. (Im "Lernen durch Einsicht" bahnt sich diese Entwicklung bei den höchstentwickeltesten Tieren, den Primaten, bereits an,) Diese Tatsache bedingt, daß der Eindruck entstehen kann, "Psychisches" und "Tätigkeit" könnten getrennt existieren.

In einem "allgemeinen Modell" darf diese Besonderheit jedoch nicht zur Regel gemacht werden. Außerdem ist

anzumerken, daß letzten Endes auch das "Interne Handeln" wieder an der Realität überprüft werden muß:

" Letztlich ist jede gut fundierte wissenschaftliche Theorie ein internes Modell von bestimmten Umgebungseigenschaften und das Experiment ein Verfahren, das dieses Modell bestätigt oder (je nach seinem Ausgang) auf dem Wege der Rückmeldung korrigiert. Das Grundprinzip des Lernens ist auch bei diesen hochentwickelten Organisationsformen des Erkenntnisgewinns gleich geblieben. Hier liegt eine invariante, in allen Formen des Lernens enthaltene Grundstruktur des Erkenntnisgewinns." (KLIX, 1971, S. 351f)

Diese Verknüpfung ist in den beiden zuvor dargestellten Verlaufs-Schemata nicht enthalten. Aber HELHAMMER geht insofern weiter als LAZARUS, als er im Text ausführt, daß er die Verabsolutierung eines der beiden Momente für unangemessen halte und dies zu Störungen führe. Er systematisiert dann einige spezielle Arten des unangemessenen Umgangs und ordnet diesen bestimmte somatische Störungen zu. Dies wird in den nächsten Abschnitten noch weiter ausgeführt werden.

Als Fazit für diesen Abschnitt soll hier festgehalten werden, daß die wesentlichen Komponenten des "Coping-Prozesses" die intrapsychische Verarbeitung und Handlungsregulation sowie das direkte Handeln sind. Einige Coping-Modelle stützen sich auf diese Einteilung, viele heben Teilaspekte hervor. So gibt es sehr viele Untersuchungen, die nur die intrapsychische Verarbeitung unter dem Aspekt der "Abwehr" untersuchen. Hier kann das umfassende Modell als Systematisierungshilfe dienen.

Am Ende dieses Abschnittes soll noch einmal der Begriff "Coping" diskutiert und genauer definiert werden.

LAZARUS, der im wesentlichen für die Einführung dieses Begriffes verantwortlich zeichnet, hat "Coping" unterschiedlich definiert.

" When threat occurs, usually some behavior or psychological process is activated for the purpose of mitigating or eliminating the threat. This activity is called COPING, and it is based on cognitive activity

involving appraisal of the conditions of threat and the consequences of the coping behavior. Coping process will be the general term for this activity that intervenes between stress and the observed reaction." (LAZARUS, 1966, S. 28)

Hier umfaßt Coping alle Prozesse, die zwischen Stress und beobachtbarer Reaktion auftreten. Es sind also neben der "intrapsychischen Verarbeitung" alle "appraisals" enthalten, nicht aber die direkten Handlungen. Dagegen unterscheidet er an anderer Stelle (1974 und 1976) zwei große Klassen von "Coping": "Direct-action" und "Palliation". Hier sind also die Bewertungsprozesse ausgeschlossen, dafür aber die direkten Aktionen wieder als Bestandteil des Coping-Prozeß aufgenommen.

Die umfassendste Definition ist wohl die, in der LAZARUS als Coping die Prozesse bezeichnet, "... designed to alter the organism-environment relationship"

(LAZARUS, 1971, S. 54). In diesem Sinn gebraucht sind im Coping-Prozeß sowohl Bewertungen (wenn die Gefahr als solche nicht bewertet wird, entsteht auch eine andere Beziehung zur Umwelt) als auch intrapsychische Verarbeitung und Handlungen enthalten.

Erfahrungen gehen wohl immer in den Coping-Prozeß mit ein und determinieren diesen, gehören aber nicht zum eigentlichen Coping-Vorgang.

Mit anderen Worten: Coping wird dann nötig, wenn die eigenen Erfahrungen nicht ausreichen, eine Situation zu bewältigen, weil diese neu oder gegenüber den Erwartungen verändert ist, also eine Krisen- bzw. Stress-Situation vorliegt. Effektive Handlungen, die die alltägliche Lebens-Auseinandersetzung realisieren sind zwar auch "Bewältigung", aber diese könnte man vielleicht eher als "Adjustment" bezeichnen, während der "Coping"-Begriff Situationen vorbehalten ist, in denen die üblichen Konzepte und Handlungsschemata nicht ausreichen. Allerdings geht eines in das andere über: Sobald "Coping" effektiv ist, trägt es zur Überwindung der Krisensituation bei und geht als Fähigkeit (also

überdauernde Eigenschaft) in den Besitz des Individuums ein und wird im Alltag eingesetzt. Von daher ist die Abgrenzung fließend, die Bezeichnung als "Coping" aber in jedem Fall dem aktuellen Vorgang in einer konkreten Situation vorbehalten.

Weiterhin zeichnet sich der Coping-Begriff dadurch aus, daß er psychische und direkte Tätigkeit unter dem Aspekt ihrer Auswirkung auf das Wohlbefinden, also emotionale Gestimmtheit, psychische und somatische Gesundheit betrachtet. Dies bedeutet zum einen eine Abgrenzung von "Lernen" in der ja auch die Variabilität der Prozesse im Vordergrund steht. Zum anderen enthält es auch die Aussage, daß Emotionen und Gesundheit nicht Bestandteil, sondern Resultat des Coping-Prozesses sind.

Als Konsequenz all dieser Überlegungen soll Coping verstanden werden als: Psychische Regulations- und Handlungsprozesse, die (bewußt oder nicht) eingesetzt werden, um Krisensituationen zu bewältigen und dadurch die eigene Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Ähnliche Definitionen geben auch LIPOWSKI (1970) und MATTSON (1977).

(Aus dieser Definition ergibt sich auch, daß Ergebnisse der Psychopathologie bzw. der Psychosomatischen Medizin, sowie Therapieansätze, sofern sie individuelle Bedingungen von Wohlbefinden und Gesundheit thematisieren, zum Verständnis und zur Erweiterung des Coping-prozesses beitragen können.)

Bevor in Abschnitt 1.5. verschiedene Coping-Strategien und deren Effektivität ausführlicher dargestellt werden, soll zunächst das Streß-Konzept weiter ausgeführt werden, um zu begründen, wie psychische Prozesse, insbesondere Versuche der Streß-Bewältigung, zu somatischer Gesundheit bzw. Krankheit beitragen.

1.4. Das Streßkonzept als Erklärungsmodell der
Wirkung psychischer Prozesse auf Körper-
reaktionen

Mißlungene Bewältigungsversuche können zu psychischer und somatischer Störung bzw. Krankheit führen.

In diesem Sinne kann die Systematisierung von Auseinandersetzungsstrategien einen Beitrag zu einer Theorie der Genese von Krankheit leisten.

Im folgenden soll jedoch auf eine Ableitung des Zusammenhangs zwischen Auseinandersetzungsarten und psychischer Störung bzw. Krankheit verzichtet werden. Das psychische Befinden soll in dieser Arbeit nur in seiner Ausprägung als "Zufriedenheit-Ausgeglichenheit", nicht aber hinsichtlich psychischer Gesundheit oder gar verschiedener Störungsmuster untersucht werden. Vielmehr sollen hier mehrere Modelle dargestellt werden, die den, v. a. in einer rein naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, nicht selbstverständlichen Zusammenhang zwischen psychischen Prozessen und somatischen Störungen fundieren sollen.

Viele Modelle, die die Wirkung psychischer Prozesse auf körperliche Gesundheit bzw. Krankheit beschreiben, gehen davon aus, daß die Verarbeitungsprozesse im ZNS - die die materiellen Träger des Coping-Prozesses sind - ständig von wechselnden Körperzuständen begleitet werden und daß in Fällen von mißlungenen Auseinandersetzungsversuchen "biologische Notfallsysteme" (Emergency systems; ENGEL, 1968) mobilisiert werden, um den Körper vor Schaden zu bewahren. Eine Über-Aktivierung solcher Systeme soll aber zum Gegenteil führen können, zu Krankheit.

Das Bindeglied zwischen dem vorn geschilderten "Coping"-Konzept und der hier angesprochenen Annahme der Aktivierung von "Notfallsystemen" stellt meines Erachtens die von KLIX (1971) ausführlich dargestellte "Orientierungsreaktion" (im folgenden OR) dar. Es handelt sich hier um eine Konzeption, die psychologische und physiologische Faktoren integrierend zusammenfaßt und

gerade deshalb geeignet ist, zwischen den beiden Ansätzen zu vermitteln.

Die OR wird immer dann mobilisiert, wenn eine ausreichende Information über die Umgebung nicht vorliegt, bzw. sich Annahmen über diese als falsch erweisen. D.h., sie hat den gleichen Anlaß wie Coping- bzw. Lernprozesse. KLIX meint, daß ohne die OR Neu- oder Umlernen, auch beim Menschen, unmöglich sei. Die OR bewirkt eine Aktivierung des Organismus, die eine Auseinandersetzung mit der Umwelt erst ermöglicht. Sie aktiviert zentralnervöse Prozesse, was der Differenzierung der kognitiven Leistungsfähigkeit dient; die Aktivierung von peripheren Prozessen, d.h. die Aktivierung des Sympathikus, des "ergotropen Nervensystems" (HESS, 1949) bewirkt die Mobilisierung psychophysischer Energien, die Aktivität ermöglichen; es entstehen affektiv-emotionale Spannungszustände, die die vorn genannten Prozesse begleiten und die aus der kognitiven Unsicherheit resultieren.

Hat das Individuum also ein angemessenes Abbild der Umwelt und weiß adäquat mit dieser umzugehen, ist eine Aktivierung der OR nicht nötig - es herrscht emotionale Ausgeglichenheit. Wenn aber neue oder widersprüchliche Ereignisse auftreten, wird die OR aktiviert. Die Habituation dieser Reaktion kennzeichnet dann wieder den abgeschlossenen Lernprozeß. Die OR dient also der Differenzierung der kognitiven Leistungsfähigkeit und damit dem Erkenntnisgewinn - gleichzeitig ist sie wesentlich für die Balance des psychophysischen Kräfte-reservoirs bzw. reguliert die Aktivierung von "Notfallsystemen". Psychische Störungen betreffen den kognitiven Bereich, die unzureichende Entwicklung von Konzepten, während somatische Störungen auf dem Entgleisen der "Notfallsysteme" beruhen. Beide Prozesse werden von affektiv-emotionalen Spannungen begleitet. Fraglich ist, wann und warum welcher Bereich bei Streßbelastung primär bzw. ausschließlich gestört wird.

In jedem Fall verhindert ein zuviel oder ein zu wenig an Erregung den Informationsgewinn - andererseits tragen die Lernprozesse zur Beseitigung der Unsicherheit und damit zur Neutralisierung affektiver Belastungswirkungen und damit zur Stabilisierung des psychophysischen Gleichgewichts bei (siehe auch SOKOLOV, 1960 und 1963; BIRBAUMER, 1975, S. 213ff). KLIX ordnet der OR physiologische Strukturen und Funktionen zu, auf deren Darstellung jedoch hier verzichtet werden muß, die aber das Streß-Modell von SELYE (1956 und 1977) um den Anteil der zentralnervösen Prozesse erweitern können. Bei diesen Strukturen und Prozessen handelt es sich um die materiellen Substrate des Coping-Prozesses. Hier sind auch andere Ansätze, in denen die Rolle der zentralnervösen Aktivierung untersucht wird, z.B. das Arousal-Konzept von HEBB (1955) und MALMO (1959), einzuordnen.

Prinzipiell werden in der psychophysiologischen Streßforschung verschiedene Systeme oder auch nur Teilsysteme untersucht, die in einem "Notfall" mobilisiert werden. JORASCHKY und KÖHLE (1979) unterscheiden die gerade genannten zerebralen Regulationssysteme, sowie autonome und neuroendokrine Mechanismen, die der Organ-Regulation dienen.

LAZARUS (1974), der eine ähnliche Einteilung trifft, stellt fest, daß die neuronalen und humoralen Regulationssysteme fast nie simultan untersucht worden sind und keine Integrationsversuche unternommen wurden.

Aus diesem Grund müssen nun einige Ansätze unabhängig voneinander dargestellt werden, die zusammen erst ein (relativ) vollständiges Bild der physiologischen Streßreaktion vermitteln.

Erste Untersuchungen, die die Interaktion von psychischen Prozessen mit der Aktivierung von "Notfallsystemen" betrafen, wurden von CANNON (1920) unternommen, der feststellte, daß jede Form der Aktivität oder Emotion von physiologischen Änderungen begleitet wird,

die den Organismus auf Flucht oder Kampf vorbereiten ("Fight-flight-reaction"). Dieser Zustand geht mit erhöhter sympathischer Aktivität, Veränderungen des Körpers in Richtung "Leistung" einher und wird auch als "ergotrope Phase" (HESS 1949) bezeichnet. Das gegenteilige Reaktionsmuster wird als "histiotrope" oder "trophotrope" Reaktion bezeichnet und beinhaltet Einsparung von Energie und Erholung. Dieses Muster wird von einem Kognitiv-emotionalen Rückzug bis hin zur Apathie begleitet. Die vagotone Aktivität ist erhöht. Diese Prozesse wurden bei der Darstellung der OR (weniger ausführlich) bereits angesprochen. Die unangemessene Dauer des Vorherrschafts einer der beiden Systeme kann zu Störungen der innervierten Körperfunktionen, zu Krankheit führen.

Bei diesem Ansatz stehen also die autonomen Prozesse im Vordergrund des Interesses.

Einen anderen Schwerpunkt setzt SELYE (1956, 1977), von dem die Streßforschung ihren stärksten Impuls erhielt. Im Mittelpunkt seiner Untersuchungen steht eine relativ stereotyp ablaufende hormonelle Reaktion, das "Generelle Adaptationssyndrom" (im weiteren G.A.S. abgekürzt). Es konzentriert sich auf einen Teilbereich der neuroendokrinologischen Reaktionen und hat die Nebennierenrinden-Aktivität und die des Nebennierenmarks zum Gegenstand. Die Reagibilität dieser Systeme stand, SELYE folgend, zeitweise derart im Mittelpunkt der Streßforschung, daß diese Reaktionen mit der Streßreaktion überhaupt gleichgesetzt wurden. (FEHM und VOIGT (1979) bemerken dagegen, daß andere endokrine Drüsen, wie Gonaden, Schilddrüse und Hypophyse ebenfalls betroffen sind.)

Innerhalb des G.A.S. unterscheidet SELYE drei Phasen, deren Trägerprozesse in Abb. 5 enthalten sind.

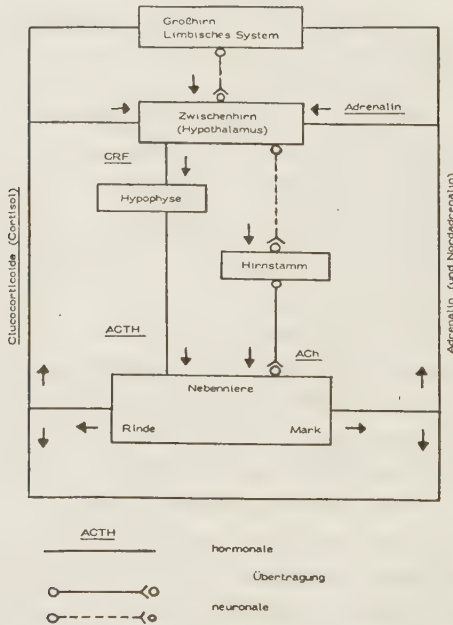
Folgende Phasen werden unterschieden:

Alarmphase

Unmittelbar auf die Wahrnehmung des Streßreizes erfolgt die Alarm-Reaktion, in der der Organismus, nach

einer initialen Schockphase mit Mobilisierung des Vagotonus, seine Abwehrkräfte mobilisiert. Diese ist durch eine schnelle sympathische Aktivierung des Nebennierenmarks gekennzeichnet, das vermehrt Adrenalin und Noradrenalin in den Kreislauf ausschüttet.

Abb. 5: Vereinfachtes Blockbild der neuronalen und hormonalen Aktivierung in einer Streß-Situation



(Aus: DENEKE und DAHME, 1977, S. 97)

Durch die Aktivierung des Nebennierenmarks ergeben sich, zusätzlich zur direkten sympathischen Aktivierung, folgende Veränderungen: Steigerung der Herzfrequenz, der Vasokonstriktion, des Blutdrucks, der cerebralen Blut- und Sauerstoffzufuhr, der Kontraktion der Skelettmuskulatur und eine Erweiterung der Bronchien und Pupillen. Weiterhin werden das ARAS und das ZNS stimuliert.

Stadium des Widerstandes

Dauern die Stressoren länger an, so folgt das Stadium des Widerstandes, in dem ein zweiter hormonaler Prozeß in den Vordergrund tritt. Der Hypothalamus regt über das Releasing-Hormon CRF den Hypophysenvorderlappen an, ACTH (Adenocorticotropes Hormon) auszuschütten. Dieses gelangt über den großen Kreislauf zur Nebennierenrinde und führt dort zur Ausscheidung der Glukokortikoide, insbesondere des Cortisols. Die Glukokortikoide fördern die Zuckerumwandlung und Speicherung in der Leber und versorgen so den Organismus mit schnell mobilisierbarer Energie. Außerdem unterstützen sie die Reaktionen der Blutgefäße auf Adrenalin und Noradrenalin.

Stadium der Erschöpfung

Langfristig führt die erhöhte Cortisol-Produktion zur Herabsetzung der Widerstandskapazität. Die Glukokortikoide fördern die Entwicklung von Magen- und Darmgeschwüren (allerdings unter Mitwirkung des autonomen Nervensystems; SELYE, 1977), sie verlangsamen die Wundheilung, erhöhen die Infektionsanfälligkeit und hemmen die Bildung von Antikörpern.

Es resultieren die von SELYE als "Adaptationskrankheiten" bezeichneten Störungen.

(Zum G.A.S. siehe BIRBAUMER, 1975; DENEKE und DAHME, 1977; SELYE, 1977)

SELYE meint, daß es sich bei der Streßreaktion um eine unspezifische Anpassungsreaktion auf Reize aller Art (psychischer wie physischer Natur) handelt.

Dem hält LAZARUS (1974) entgegen, daß Stress erkannt werden müsse, um zum G.A.S. zu führen, physische Reize ohne eine psychische Vermittlung dies also nicht bewirken könnten. Psychische Bewältigungsprozesse müssen als wesentliche Komponenten miteinbezogen werden.

Weiterhin bezweifeln LAZARUS und andere Autoren (z.B. MASON, 1971) die Generalität der Aussage: Verschiedene Stressoren wie auch unterschiedliche Coping-Prozesse

und Emotionen resultierten in verschiedenen Mustern von Körper-Reaktionen.

Beide Kritikpunkte von LAZARUS werden in Ansätzen von JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978) und in der bereits erwähnten Arbeit von HELLHAMMER (1979) berücksichtigt, wobei diese beiden Autoren allerdings wieder andere Reaktionssysteme in den Vordergrund stellen als SELYE.

JULI und ENGELBRECHT-GREVE unterscheiden (entsprechend CANNON) zwei Richtungen von Fehlsteuerungen: "Auf-dem-Sprung-sein", "Überanspannung", die von Kampf- oder Fluchtbereitschaft begleitet werden (aktives Handeln) und Hilflosigkeit, die in Passivität mündet. Der korrespondierenden sympathikotonen oder vagotonen Fehlsteuerung ordnen sie die in Abb. 6 enthaltenen Störungen zu.

Abb. 6: Symptome der vagotonen und der sympathikotonen Fehlsteuerung

vagoton

häufiges Erröten
starkes Schwitzen
langsamer Herzschlag
zu niedriger Blutdruck
leichtes Frieren
Atemnot (verengte
Bronchien)
vermehrter Speichelfluß
Verkrampfung des Magens,
Erbrechen, Übersäuerung
Verstopfung oder Durchfälle durch
Verkrampfung des Dickdarms
zu niedriger Blutzuckerspiegel

sympathikoton

Blässe
wenig + «kalter» Schweiß
Herzrasen
erhöhter Blutdruck
leichtes Schwitzen
zu tiefe Atmung (Hyperventilation, siehe unten)
Mundtrockenheit
Erschlaffen des Magens, zu wenig
Magensäure
Verstopfung durch zu träge
Darmtätigkeit
erhöhter Blutzucker- und
Blutfettspiegel

(Aus: JULI und ENGELBRECHT-GREVE, 1978,
S. 58)

Sie versuchen zusätzlich, die genannten Reaktionen auf das G.A.S. von SELYE zu beziehen. Die sympathikotone Fehlsteuerung beruht nach ihrer Meinung auf einer verlängerten Widerstandsphase, die vagotone dagegen soll durch ein "Hängenbleiben" in der initialen Schockphase bedingt sein, bzw. aus der "Erschöpfung" in der 3. Phase resultieren.

Diese beiden Arten von Reaktion können laut JULI und ENGELBRECHT-GREVE durch weitere Fehlverhaltensweisen (z.B. "Grübeln") überlagert werden.

HELLHAMMER versucht dagegen auf heuristischem Niveau Befunde der Hirnforschung für die Beschreibung von Problemlöseverhalten heranzuziehen, d.h. bestimmten Arten der Problemverarbeitung zentralnervöse Hirnstrukturen und dominant ausgeschüttete Neurotransmitter zuzuordnen. Diese sollen wiederum zu unterschiedlichen somatischen Störungen führen. Damit stellt sein Ansatz eine neurophysiologische Vervollständigung des Streßkonzeptes dar. Gleichzeitig verzichtet HELHAMMER selbst jedoch mit einer Ausnahme darauf, peripher-physiologischen Prozesse in seinen Ansatz miteinzubeziehen.

Ohne auf sein Modell zur "Neurobiologie der Verarbeitung von Reizen", in dem er den verschiedenen Kategorien des vorn dargestellten Modells des Bewältigungsprozesses jeweils spezielle Hirnstrukturen zuordnet, einzugehen, sollen nun die von ihm herausgearbeiteten drei Arten der Auseinandersetzung dargestellt werden.

Die erste Gruppe erlebt mangels ungenügender Erfahrungen die Problemsituation als unkontrollierbar. Sie reagiert darauf mit ständigen Orientierungsreaktionen, ohne jedoch aktiv zu handeln - sei es durch "Flucht" oder "Angriff". Passivität des Handelns ist also mit Aktivität im intrapsychischen Bereich verbunden. HELHAMMER postuliert, daß in diesem Fall eine fort-dauernde Freisetzung von ACTH und Cortisol erfolgt. Dies soll zu Ulcera im oberen Verdauungstrakt führen.

Die Hormonausschüttung entspricht der in der 2. und 3. Phase des G.A.S.; nach JULI et al. könnte daher Über- oder Unterstimulation des Magens vorliegen. Nach SELYE erhöht nur die dritte Phase des G.A.S. die Wahrscheinlichkeit von Magen- und Darmgeschwüren. Hier ist also, da nicht Neurotransmitter, sondern Hormone beschrieben werden, eine Inbezugnahme auf andere

Konzepte möglich. Es ist anzunehmen, daß es sich bei den Patienten dieser Gruppe um Personen handelt, die sich in der dritten Phase des G.A.S. befinden, daß also vagotone Prozesse vorherrschen. Übereinstimmend bezeichnen JULI et al. diese Patienten als passiv.

Bei der zweiten und dritten Gruppe ist der Orientierungsprozeß dagegen abgeschlossen, obgleich ein inadäquates Konzept ausgebildet wurde. Die Patienten reagieren dann laut HELLMHAMMER entweder mit problem inadäquaten Ersatzverhalten oder mit Hilflosigkeit und Handlungsblockade.

Im ersten Fall werden einmal eingeleitete Verhaltensweisen stereotyp wiederholt - es resultieren Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, motorische Unruhe, insgesamt besteht die Tendenz, aktiv zu handeln. Dieser Einstellung soll eine übermäßige Ausschüttung von Noradrenalin und Dopamin zugrundeliegen und sie soll mit Magersucht einhergehen.

Im Falle der Handlungsblockade werden aufsteigende serotonerge Bahnen aktiviert. HELLMHAMMER selbst sieht hier Parallelen zum Konzept der gelernten Hilflosigkeit von SELIGMAN (SELIGMAN und MAIER, 1976), welches ein Modell der Genese von Depressionen ist. Zu erinnern wäre auch an das Konzept von ENGEL (1968) oder an die von JULI et al. beschriebene "Apathie". Diese Patientengruppe ist also im intrapsychischen, wie im Handlungsbereich passiv. Eine solche Konstellation soll mit Colitis ulcerosa einhergehen.

Über die physiologischen Prozesse lassen sich bei den beiden letztgenannten Patientengruppen keine Beziehungen zu den Konzepten der anderen Autoren herstellen. Allerdings lassen sich über die Beschreibung der Auseinandersetzungsstrategien Parallelen zu JULI et al. und über diese auch zu SELYE finden.

Die zweite Patientengruppe soll aktiv sein - laut JULI et al. müßte bei dieser Patientengruppe also die sympathische Aktivierung vorherrschen. Sie selbst nennen

Magersucht nicht als eine Komplikation, jedoch decken sich einige Symptome der Magersucht, wie z.B. "Appetitlosigkeit" mit den von ihnen unter der sympathikotonen Fehlsteuerung aufgeführten Störungen. Die Frage wäre dann, ob es sich hier um die Phase des Alarms oder des Widerstandes handelt. Das Fehlen von Orientierungsprozessen legt letzteres nahe.

Die dritte Gruppe wird von HELHAMMER auf intrapsychischer und Handlungsebene als passiv beschrieben. Dies deckt sich mit Beschreibungen von CANNON, von ENGEL und von JULI et al., wie bereits erwähnt wurde. Dieser Zustand der Apathie wird in der Phase der Erschöpfung, bei vagotoner Fehlregulation erwartet. Das Auftreten einer Colitis ulcerosa paßt hierzu.

Während SELYE nur einen allgemeinen Zusammenhang erklärt, bemühen sich HELHAMMER und JULI et al. darum, Gruppen von Störungen zu unterscheiden. Dabei scheint das Vorherrschen von sympathikotoner oder vagotoner Aktivität in beiden Modellen von entscheidender Bedeutung zu sein, ohne daß dies bei HELHAMMER expliziert wird. Die Darstellung der letztgenannten Modelle ist insofern wichtig, als in dieser Arbeit versucht werden soll, Patientengruppen zu finden, die sich in der Art ihrer Komplikationen unterscheiden. Zugleich wurden in diesem Abschnitt auch weitere Formen von Auseinandersetzungsstrategien angesprochen, die im nächsten Abschnitt noch einmal aufgenommen und weiter ausgeführt werden sollen.

1.5. Integration verschiedener Ansätze und systematische Ableitung möglicher Coping-Strategien

In Abschnitt 1.3. war ein allgemeines Modell des Bewältigungsprozesses auf Basis der Konzepte von LAZARUS, HELHAMMER und insbesondere KLIX dargelegt worden. Dieses Modell gibt den Rahmen für die Einordnung einzelner Coping-Konzepte, die jeweils nur Teilaspekte

des gesamten Coping-Vorganges erfassen. Einige davon wurden bereits angesprochen. In diesem Abschnitt soll versucht werden, diese und weitere Ansätze aufeinander zu beziehen, das "allgemeine Modell" somit zu konkretisieren und zu erweitern und daraus eine Systematisierung möglicher Strategien abzuleiten.

Für das allgemeine Modell des Bewältigungsprozesses wurde angegeben, daß es alle Elemente psychischer Regulation und Handlungsausführung umfaßt, allerdings auf einer sehr allgemeinen Ebene. Wesentliche Elemente dieses Modells sind die intrapsychische Auseinandersetzung und die Ausführung von Handlungen, die als untrennbar miteinander verbunden gekennzeichnet wurden.

Im folgenden sollen zunächst Ansätze dargestellt werden, die beide Aspekte berücksichtigen, dann solche, die nur die Art der Handlungen und schließlich die, die nur Formen der intrapsychischen Auseinandersetzung und deren Effektivität beschreiben.

Zum Abschluß dieses Abschnittes sollen dann noch solche Modelle aufgenommen werden, die versuchen, spezifisch menschliche Bewältigungsformen zu erfassen.

HELLHAMMER unterscheidet, wie bereits geschrieben, drei Patientengruppen, die er anhand der Arten ihrer intrapsychischen Auseinandersetzung und ihrer Handlungsstrategien, sowie deren Kombination kennzeichnet.

Er findet eine Gruppe, die passiv ist, aber, als Ausdruck des ständigen Bemühens, Orientierung herzustellen, sehr häufig grübelt. Eine weitere Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, daß sie den Orientierungsversuch nicht fortsetzt, sondern aktives, aber probleminadäquates, zwanghaftes Ersatzverhalten einsetzt. Von der dritten Gruppe meint HELLHAMMER, daß sie sowohl Orientierungsversuche, wie auch aktives Handeln eingestellt habe, also passiv sei.

Diese drei Strategien gehen alle mit (unterschiedlichen) somatischen Störungen einher, die im vorigen Abschnitt beschrieben wurden. In ihrem emotionalen Befinden wird

die erste Gruppe als "unsicher-ängstlich", die zweite als "kämpferisch-aggressiv", die dritte als "resigniert-apathisch" beschrieben.

Die Negation dieser drei Strategien ergibt nach HELLHAMMER ein angemessenes Konzept; damit unterstellt er implizit eine Wechselwirkung zwischen Orientieren und aktivem Handeln, die erst die Ausbildung adäquater Konzepte ermöglicht. Dies entspricht also dem Ansatz von KLIX. In seinem "Verlaufsschema" ist diese Wechselwirkung dagegen nicht angesprochen, wie in Abschnitt 1.3. verdeutlicht wurde.

JULI und ENGELBRECHT-GREVE stützen sich bei ihrer Systematisierung dagegen im wesentlichen auf das äußere Handeln. Sie beschreiben Patienten, die aktiv reagieren, sei es mit "Kampf" oder "Flucht" und erwarten bei diesen eine sympathikotone Fehlsteuerung. Auf der anderen Seite sehen sie passive Patienten, bei denen eine vagotone Fehlsteuerung vorliegen soll. Für die aktiven Patienten nehmen sie "Überangespannt sein" an, bei den passiven erwarten sie Resignation. Die Frage der angemessenen Orientiertheit wird von diesen Autoren nicht angesprochen.

Für angemessen halten JULI et al. eine Strategie, in der auf Probleme "zugehen" oder ihnen "aus dem Wege gehen" sowie Passivität in einem harmonischen, ausgeglichenem Verhältnis stehen.

Man kann wohl davon ausgehen, daß zwischen den von HELLHAMMER und JULI et al. vorgenommenen Gruppierungen zumindest teilweise Übereinstimmungen bestehen. So könnte die von HELLHAMMER als "zwanghaft-aktiv" beschriebene Gruppe mit der "kämpferischen" Gruppe von JULI et al. übereinstimmen, die "intrapsychisch und im Handeln passiven" Patienten HELLHAMMERS den "passiv-resignativen" von JULI et al. entsprechen.

JULI et al. fehlt die Patientengruppe, der HELLHAMMER neben äußerer Aktivität ständige Orientierungsreaktionen unterstellt. Dagegen fehlt bei HELLHAMMER die Patientengruppe, die sich auftretenden Problemen mit

"Flucht" entzieht. In diesem Sinne könnte die Systematisierung von JULI eine Ergänzung des sonst umfassenderen Ansatzes von HELLHAMMER darstellen.

Eine dritte sehr große Gruppe von Untersuchungen beschäftigt sich nur mit der intrapsychischen Auseinandersetzung. Dies gilt insbesondere für Untersuchungen bei Dialysepatienten. Daher soll der Darstellung dieser Ansätze hier ausreichend Raum gegeben werden.

In Abschnitt II 1.3. war ein weiteres Problem angesprochen worden, das jedoch nicht ausführlich behandelt wurde: LAZARUS und HELLHAMMER sehen die intrapsychische Verarbeitung unter verschiedenen Blickwinkeln: LAZARUS unter dem Aspekt der "Verleugnung", HELLHAMMER unter dem Aspekt der "Orientierung", der realitätsgerechten Ausbildung von Konzepten. Diese Unterschiede resultieren aus einer weiteren Unvollständigkeit ihrer Modelle. Im Modell von KLIX haben die "Bewertungsprozesse" zwei Funktionen: Zum einen hängt davon die Entscheidung ab, ob die Umgebung als "bedrohlich" oder auch als "neu" eingeschätzt wird, und ob aufgrund der bestehenden Bedürfnislage die Ausbildung neuer Strategien als nötig erachtet wird. Dies entspricht den "appraisals" bei LAZARUS, der "Bewertung" bei HELLHAMMER.

Weiterhin sind die Bewertungsprozesse aber auch an der eigentlichen "Verarbeitung", d.h. an der Modifikation des Gedächtnisbesitzes beteiligt. Die intrapsychische Auseinandersetzung beinhaltet also Orientierungs- und Bewertungsprozesse.

Das Konzept der "Verleugnung", wie es auch von LAZARUS vertreten wird, erfaßt nun die intrapsychische Auseinandersetzung meines Erachtens vornehmlich unter dem Aspekt der "Bewertung", während bei HELLHAMMER der Orientierungsprozeß im Vordergrund steht, wobei die "Intensität" der Auseinandersetzung jeweils mitberücksichtigt wird, wie es auch im Konzept von KLIX der Fall ist.

Die Verschiedenheiten der beiden Autoren resultieren aus der unterschiedlichen theoretischen Basis, von der sie ausgehen.

JAEGGI (1979) stellt in ihrem Buch "Kognitive Verhaltenstherapie" fest, daß in den von Verhaltenstherapeuten entwickelten Ansätzen (und für den Ansatz von HELLHAMMER kann eine, wenn auch weiter entwickelte verhaltenstheoretische Basis angenommen werden) der rationale Anteil des Gesamtprozesses, das Funktionieren logischer Mechanismen interessiere. Sie grenzt von verhaltenstherapeutischen Modellen diejenigen ab, die emotionale Anteile, das "Erleben" betonen. Solche Ansätze seien bei Vertretern der Humanistischen Psychologie, wie z.B. bei ROGERS, zu finden. Letztlich haben diese Ansätze ihre Wurzeln in der Psychoanalyse. Hier ist auch der Ansatz von LAZARUS zuzuordnen.

Während es also bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen darum gehe, logische Widersprüche aufzudecken und "Begreifendes Erkennen" zu ermöglichen, sei das Ziel humanistisch fundierter Therapien, wie z.B. der Gesprächstherapie, das Verstehen der "persönlichen Bedeutung" und die Initiierung von Umbewertungsprozessen.

Zahlreiche Autoren arbeiten wie LAZARUS bei ihren Untersuchungen mit dem Konzept der "Verleugnung". Dieses Konzept hat im Verlauf der Zeit eine Weiterentwicklung und inhaltliche Veränderung erfahren, die hier kurz nachvollzogen werden soll. Das Verleugnungs-Konzept hat seinen Ursprung in der Theorie von FREUD (siehe u.a. FREUD, 1926), der Verleugnung als eine Form der Angstabwehrmechanismen verstand, die einer vollständigen oder teilweisen Zurückweisung der Wirklichkeit und deren Bedeutung für das Individuum dienen. Diese Abwehrmechanismen sollen Ich-Leistungen außerhalb des Bewußtseins sein und gesteigerte physiologische Reaktivität reduzieren können.

Während die frühen Ansätze von FREUD "... weitgehend apriorisch oder bestenfalls kasuistisch orientiert waren ..." (KROHNE, 1975, S. 57), stammen wesentliche

Anregungen zu einer empirischen Klassifizierung von Abwehrmechanismen aus experimentellen Untersuchungen zur Wahrnehmungsabwehr. Hier sind insbesondere die Untersuchungen von BRUNER und POSTMAN (1947) zu nennen. Diese legten die Grundlage für Versuche, verschiedene Klassen von Abwehrmechanismen auf ein zentrales Konzept zu beziehen, was eine Reihe von Autoren veranlaßte, ein eindimensionales, bipolares Persönlichkeitskonzept der Angstabwehr zu entwickeln (z.B. BYRNE, 1961; GORDON, 1957).

An einem Ende sollen sich die Personen befinden, die die Situation vorwiegend als "schädigend" interpretieren, am anderen Pol die, die zu einer "Verharmlosung" tendieren. Diese Entwicklung hin zu einem zentralen Konzept bewirkte, daß "Verleugnung" heute von vielen mit "Abwehr" schlechthin gleichgesetzt und nicht mehr als Sonderfall verstanden wird. In diesem Sinn soll der Begriff auch in der vorliegenden Arbeit gebraucht werden.

Für die bipolare Dimension werden verschiedene Bezeichnungen gebraucht und häufig wird nicht eindeutig definiert, welche Eigenschaften der Einteilung in die beiden Gruppen zugrunde liegen.

Am weitesten entwickelt ist die ursprünglich von BYRNE (1961) entwickelte Skala zur Messung von "Repression-Sensitization", für die seit 1974 eine von KROHNE entwickelte deutsche Form vorliegt.

KROHNE (1975) gibt für die beiden Gruppen folgende Eigenschaften an:

Sensitizer fühlen sich in mehrdeutigen Situationen subjektiv unsicherer und suchen nach mehr Information; gleichzeitig sind sie hinsichtlich der Integration dieser Informationen zu Konzepten störbarer. Sie interpretieren eine möglicherweise schädigende Situation vorwiegend im Sinne ihrer schädigenden Komponenten.

Represser äußern dagegen einen höheren Grad an subjektiver Sicherheit, suchen weniger Information und neigen zur Stereotypisierung, Reduktion von Mehrdeutig-

keit. Sie tendieren dazu, Konflikte auszuklammern, was auch zu einer positiveren Fremd- und Selbsteinschätzung führt, mit dem Effekt, Selbstbild - Idealbild - Diskrepanzen zu verringern und sich im Sinne sozialer Erwünschtheit zu verhalten.

Meines Erachtens enthalten diese Beschreibungen zwei der vom herausgearbeiteten wesentlichen Dimensionen: Die Intensität der intrapsychischen Annäherung an Probleme, und die Qualität der vornehmlich wahrgenommenen Aspekte.

Es wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, um die Effektivität der unterschiedlichen Strategien zu bestimmen. Einige sollen im folgenden dargestellt werden; allerdings wurde nicht von allen Autoren, die mit dem Konzept der Verleugnung arbeiten, die Repression-Sensitizations-Skala als Erhebungsinstrument verwendet.

KROHNE (1975) hält den mittleren Bereich der Repression-Sensitizations-Skala für den effektivsten, zitiert aber nur Untersuchungen, in denen Represser und Sensitizer einander gegenüber gestellt werden. Danach sollen Sensitizer häufiger den Arzt aufsuchen, mehr medikamentöse Hilfe in Anspruch nehmen und auch mehr körperliche Symptome zeigen als die Represser.

In einer Untersuchung von LAZARUS und ALFERT (1964) wurde drei Untersuchungsgruppen ein Film über Beschneidungspraktiken bei australischen Eingeborenen mit unterschiedlichem Kommentar gezeigt: In einer Gruppe wurden Schmerzen im Kommentar verharmlost und der Stolz der Jugendlichen betont, damit in den Kreis der Erwachsenen aufgenommen zu werden; in einer weiteren Gruppe wurde von einem Anthropologen eine leidenschaftslose, nüchterne Beschreibung der Verschiedenartigkeit der Sitten fremder Völker gegeben. Der dritten Gruppe wurde der Film ohne Kommentar gezeigt. Diese zeigte die stärksten vegetativen Reaktionen, die zweite Gruppe die geringsten.

LAZARUS interpretiert diese Ergebnisse dahingehend, das "Verleugnung" effektiv sei.

Eine spätere Untersuchung von COHEN und LAZARUS (1973) zeigte bei chirurgischen Patienten, die sich in prä-operativen Interviews als "Sensitizer" erwiesen hatten, eine verzögerte postoperative Genesung.

FLEMMING (1977) stellte anhand verschiedener Erfolgskriterien bei repressiven Patienten ebenfalls einen günstigeren postoperativen Verlauf fest.

HACKETT et al. (1968) fanden Hinweise dafür, daß Infarktpatienten mit ausgeprägteren Verleugnungstendenzen bessere Überlebenschancen hatten.

WOLFF et al. (1964) untersuchten die 17-OHCS-Ausscheidung bei Eltern von Kindern mit Leukämie. Eltern, die den drohenden Tod erfolgreich verleugneten, schieden bedeutsam weniger 17-OHCS aus - erlebten offensichtlich ein geringeres Ausmaß an psychischem Streß.

Ähnlich stellte auch BECK (1972) bei psychosomatisch "Anfälligen" eine Tendenz zur "Magnifizierung" fest, d.h. die Eigenart, die Bedrohlichkeit von Ereignissen zu dramatisieren und die eigene Handlungskapazität zu unterschätzen.

Alle bis hier aufgeführten Autoren fanden also Belege für die Effektivität von Verleugnung hinsichtlich einer physiologischen Stabilisierung und somatischer Gesundheit.

Dagegen hatte KROHNE angenommen, daß Personen im mittleren Bereich zwischen Repression und Sensitization am erfolgreichsten seien. JANIS (1958) ist einer der wenigen, der diese Hypothese prüfte. Dieser untersuchte ebenfalls den postoperativen Verlauf bei chirurgischen Patienten und unterschied dabei aufgrund eines prä-operativen Interviews drei Gruppen: Die erste Gruppe ist gekennzeichnet durch geringe Angst, keine Suche nach Information und optimistische Verleugnung. Die zweite Gruppe zeigt eine mittlere Erwartungsangst, fragt nach Informationen und macht sich zeitweise Gedanken, wobei sowohl die Gefahr, wie auch erleichternde Bedingungen der Situation in Betracht gezogen werden. Die Patienten der dritten Gruppe haben die größte

Erwartungsangst, es gelingt ihnen nicht, Konzepte aufzubauen. Sie sind ständig mit der bevorstehenden Operation beschäftigt. Die drei Gruppen decken sich weitgehend mit denen von KROHNE.

JANIS fand einen kurvlinearen Verlauf zwischen Ausmaß der Angst und postoperativen Verlauf. Die zweite Gruppe war nach der Operation wenig emotional verwirrt und verhielt sich kooperativ und bewußt. Dagegen war die erste Gruppe postoperativ ärgerlich oder ängstlich und depressiv und lehnte ärztliche Anweisungen ab. Ebenso hatte die dritte Gruppe nach der Operation einen hohen Grad an Furcht und keine Hoffnung auf Wiederherstellung und versuchte, Aufmerksamkeit vom Personal zu erhalten.

Ein kurvlinearer Zusammenhang wurde auch von AUERBACH (1973) gefunden.

JANIS führt das bessere Ergebnis der mittleren Gruppe darauf zurück, daß diese vor der Operation die Probleme durchgearbeitet hatte ("Work of worrying") und so "realitätsgerechte Versicherungen" geschaffen hatte.

JANIS hält neben der Bewertung also die Tatsache für relevant, ob die Erwartungen realistisch sind und auf bevorstehende Krisen vorbereiten bzw. die Basis für effektives Handeln geben können.

Ähnliche Annahmen vertreten CHODOFF et al. (1964) und ABRAM (1977). CHODOFF et al. beobachteten bei Eltern leukämiekranker Kinder durch Messung psychoendokrinologischer Befunde, daß sie vor dem Tod des Kindes von Verleugnungsprozessen zu profitieren scheinen, aber nach dem Tod des Kindes mehr zu leiden haben. ABRAM formuliert für Dialysepatienten:

" Denial becomes dangerous, however, when the patient refuses to accept dialysis, that is; when the wish not to be ill leads to a massive psychotic denial and a break with reality".

(ABRAM, 1977, S. 304)

Wie sind nun aus dem "allgemeinen Modell der Bewältigung" die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der

vorn genannten Autoren und JANIS zu erklären, bzw. wie-so können Verleugnungsprozesse (bzw. Verzicht auf intrapsychische Auseinandersetzung) vorübergehend effektiv sein?

LAZARUS (1966) formuliert die Annahme, daß der Bewertungsprozeß darüber entscheidet, ob es überhaupt zu einer Aktivierung von "emergency patterns", wie ENGEL (1968) diese nennt, kommt. Wenn die Realität nicht als bedrohlich oder neu wahrgenommen wird, bleibt die physiologische Stabilität erhalten. In der Bewertung besteht ein subjektiver Spielraum, innerhalb dessen dem gleichen Ereignis eine unterschiedliche persönliche Bedeutung zugeschrieben werden kann. Bewertungsprozesse können stabilisieren, aber sie dürfen, wenn sie auf Dauer effektiv sein sollen, nicht mit der Realität kollidieren. Wenn die Realität das Individuum mit Anforderungen konfrontiert, denen es sich durch Bewertungen nicht entziehen kann, müssen neue Konzepte und Handlungen ausgebildet werden, um die adäquate Interaktion mit der Umwelt zu gewährleisten.

Diskrepante Ergebnisse bei JANIS und anderen Autoren könnten dadurch bedingt sein, daß die Art der Operationen zu unterschiedlich intensiven Belastungen oder Krisen führte - eventuell waren diese so gering, daß eine Bewertung als wenig bedrohlich zutreffend war und somit keine neuen Konzepte und Handlungen ausgebildet werden mußten.

"Nicht Orientieren" oder "Verleugnen" kann aber auch bereits mit einem falschen Konzept und unzutreffenden Handlungen verbunden sein (vgl. HELLHAMMER). Es resultieren dann inadäquate Ersatzhandlungen in Form von zwanghaftem Verhalten oder Passivität. In diesem Fall postuliert HELLHAMMER trotz Verleugnung, bzw. in seinem Verständnis, gerade aufgrund mangelnder Orientierung, das Auftreten einer (psychischen und) somatischen Störung.

Hier hat sich also die Tendenz, unangenehmens weniger stark zu bewerten, zu einer zerstörenden Ausblendung

von Realität verdichtet und zu Fehlhandlungen geführt, die mit spezifischen somatischen Störungsmustern einhergehen. "Verleugnung" kann also einerseits "Gelassene Bewertung" beinhalten, andererseits aber auch "Verzerrung von Realität" und gestörte Interaktion mit dieser. Jedoch bewährt sich selbst im zweiten Fall der vorn angesprochene Mechanismus (zum. vorübergehend).

Die Aktivität der Nebennierenrinde und die damit verbundene Corticostereoid-Ausscheidung wird häufig als Indikator für die somatische Streßreaktion herangezogen (siehe Abschnitt 1.4.: Zweite Phase des G.A.S.).

FEHM und VOIGT (1979) zitieren Autoren, nach denen bei schizophrenen Patienten die Corticostereoid-Ausscheidung während einer akuten psychotischen Phase auf über das Doppelte ansteigt, sich die Aktivität der Nebennierenrinde aber normalisiert, wenn der Patient ein organisiertes psychotisches System aufgebaut hat, das offenbar eine Art psychotischer "Lösung" darstellt. Diese Patienten können trotz schwerer psychopathologischer Erscheinungen, bzw. gerade durch ihre Störung vorübergehend ein "psychisches Equilibrium" (FEHM und VOIGT 1979, S. 154) schaffen, indem sie die Realität verfälschen. Das System ist vorübergehend in sich stimmig, aber nicht realitätsangemessen. Die nächste kritische Phase ist somit bereits "vorprogrammiert" und tritt auf, sobald verschiedene Umstände, z.B. die Intensität der Umwelt-Anforderungen, das System durchbrechen. Die nicht realitätsgerechten Konzepte können nur zeitweise eine Spannungsreduktion bewirken. Diese Zusammenhänge erklären, warum manche psychisch gestörten Patienten sich gegen eine Therapie zur Wehr setzen - diese führt zu einer Zerstörung ihrer stabilisierenden Konzepte und zu einer Phase der Verunsicherung. In diesem Sinne "profitieren" sie von ihrer Störung. Allerdings weicht sowohl die psychische wie somatische Stabilisierung vom harmonischen Gleichgewicht ab; sie beinhaltet eine Verschiebung in eine Richtung (physiologisch betrachtet überwiegt einer der

beiden Anteile des vegetativen Nervensystems) und stellt eine Fehlregulation dar, ist somit bereits Ausdruck der Störung.

Aus diesen Ausführungen resultiert: Eine alleinige Berücksichtigung des Bewertungs- oder des Orientierungsaspektes beinhaltet eine Verkürzung. In ein umfassendes Konzept sollten beide Aspekte aufgenommen werden, wie es im allgemeinen Modell von KLIX der Fall ist. In diesem Sinne sind sowohl der Ansatz von LAZARUS wie auch der von HELLHAMMER ergänzungsbedürftig.

Wie können nun die zuvor dargestellten Konzepte von HELLHAMMER und von JULI et al. mit dem Ansatz der "Verleugnung" in Bezug gesetzt werden? Wie vorn ausgeführt beinhaltet die Verleugnung zwei Dimensionen: Die Intensität der Auseinandersetzung und die Bewertungskomponente.

HELLHAMMER hat für seine Typisierung von Strategien auch die Intensität der Auseinandersetzung herangezogen.

Er unterscheidet zwischen grübelnden Patienten und solchen, die sich nicht mehr aktiv intrapsychisch auseinandersetzen, und dabei entweder aktiv handeln oder passiv sind. Die aktiv handelnden Patienten sind nach JULI et al. noch um diejenigen erweitert worden, die nicht "kämpfen", sondern "fliehen".

Hinsichtlich der Intensität der Orientierungsreaktion müßten die "grübelnden" Patienten als Sensitizer, alle anderen als Represser bezeichnet werden, bei denen ein, wenn auch falsches, Konzept vorliegt. Bei den "apathischen" Patienten ist eher kein Konzept vorhanden. Ihr fehlendes Bemühen, ein solches zu schaffen rechtfertigt es aber vielleicht, sie den Repressern zuzuordnen.

Nicht explizit aufgenommen wurde sowohl bei HELLHAMMER wie auch bei JULI et al. die "Art der gesehenen Aspekte", d.h. die "Qualität" der Wahrnehmung. Bezüglich dieser Dimension kann das Verleugnungs-Konzept die beiden Ansätze ergänzen.

Zu vermuten ist, daß bei den "grübelnden" Patienten die negativen Aspekte im Vordergrund stehen, jedoch verbunden mit Unsicherheit über die Richtigkeit dieser Einschätzung, was eine zusätzliche Spannung bewirkt. Bei der "kämpferischen" Strategie steht zu erwarten, daß die positiven Aspekte, von denen angenommen wird, daß sie zu einer Lösung führen, im Vordergrund stehen und ein "Zugehen" auf Probleme bewirken. Bei Patienten, die "fliehen" ist es wahrscheinlich umgekehrt. Diese verfügen über ein ausgebildetes, wenn auch gegebenenfalls unzutreffendes Konzept, in dem die negativen Aspekte dominieren.

Das heißt aber, daß Repression auch mit der Anerkennung negativer Aspekte verbunden sein kann und nicht nur mit der Negation von Konflikten einhergeht. Laut KROHNE (1975) kann auch eine Hervorhebung negativer Aspekte, sofern sie der kognitiven Verdeutlichung dient, emotional entlastend sein. Im Repression-Sensitizations-Modell ist diese negative Verdeutlichung jedoch mit intrapsychischer Aktivität verbunden. Damit stellt die oben beschriebene Strategie eine Erweiterung dieses Modells dar. Das Konzept dieser Patienten ist zwar stabilisierend, weil es eine eindeutige Interpretation ermöglicht, aber vermutlich wegen der Dominanz negativer Aspekte doch belastend. Eventuell kann man auch bei dieser Strategie eine "Vorstufe" unterscheiden, bei der nur eine "verdeutlichende Bewertung" vorgenommen wird und eine fortgeschrittene Form, bei der Verleugnung bereits eine Verzerrung von Realität und eine gestörte Interaktion mit der Umwelt beinhaltet.

Die letzte Gruppe, die sowohl intrapsychisch wie auch im äußeren Handeln passiv ist, hat wohl kein ausgebildetes Konzept. Es überwiegen weder positive, noch negative Aspekte; diese Patienten sind gleichgültig, der Umwelt gegenüber distanziert. Daher entsteht auch kein Bemühen nach Ausbildung eines Konzeptes. Diese Gruppe bedeutet ebenfalls eine Erweiterung gegenüber

dem Repression-Sensitizations-Ansatz.

Eine optimale Strategie beinhaltet die realitätsge-rechte Abbildung positiver und negativer Aspekte, bei der aber innerhalb des subjektiven Bewertungsspielraums die positiven Aspekte dominieren, so daß Konflikten "gelassen" begegnet wird.

Eine zusammenfassende Systematisierung der Coping-Typen und der zugehörigen somatischen Störungsmuster, sowie der emotionalen Befindlichkeit soll unter Einbeziehung aller bis hier besprochenen Dimensionen in Abschnitt 1.6. "Zusammenfassung" erfolgen. Zuvor sollen jedoch noch einige Ausführungen den Ansätzen gelten, die "spezifisch menschliche" Aspekte der Konfliktbewältigung zum Gegenstand haben.

Relativ umfassend und vergleichbar mit dem Coping-Modell auf spezifisch menschlicher Ebene ist das Modell der Kompetenzen innerhalb der Krisentheorie. "Krise" kann in diesem Zusammenhang als spezifisch menschliche Ausprägung eines Konfliktes verstanden werden.

SOMMER (1977) unterscheidet Kompetenzen in drei Bereichen: Instrumentelle, individuelle und soziale, sowie gesellschaftlich-politische Kompetenzen. Der erste Bereich umfaßt vor allem intellektuell-rationale Fertigkeiten; dieser Bereich ist im allgemeinen Modell weitgehend behandelt worden, wenn auch nicht in der von SOMMER gezeigten Differenziertheit. Der dritte Bereich ist zwar sehr relevant, aber für die Bewältigung von Krankheit nicht unmittelbar von Bedeutung. Auch aus Kapazitätsgründen soll daher auf eine Darstellung und Aufnahme dieser beiden Bereiche verzichtet werden.

Der zweite Bereich umfaßt dagegen Kompetenzen, die meines Erachtens im "allgemeinen Modell" zu kurz kommen, in Form der "Bewertungen" aber bereits angedeutet sind. Diese sind für die Krankheitsbewältigung von großer Bedeutung. Im wesentlichen sind dort folgende Kompetenzen angesprochen: 1. Die Fähigkeit, eigene Gefühle, Bedürfnisse und Interessen wahrzunehmen, diese angstfrei zu bejahen, wie auch das eigene Verhalten kritisch

hinterfragen zu können. 2. Selbständigkeit, Eigensteuerung und ein positives Selbstwertgefühl. 3. Kommunizieren und kooperieren können, wozu auch die Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung gehört.

Damit sind meines Erachtens die wesentlichen Therapieziele der Gesprächstherapie angesprochen: Selbst-Empathie; Offenheit gegenüber dem inneren Erleben, d.h. Kongruenz; eigene positive Wertschätzung und die Fähigkeit, diese Eigenschaften in die Beziehung zu anderen Menschen einzubringen und somit positive Beziehungen aufzubauen.

Versucht man, diese Erweiterungen auf das allgemeine Modell zu beziehen, so ist zu vermuten, daß eine (wenn auch negativ getönte) Selbstexploration eher bei den "grübelnden" Patienten stattfindet als bei den verleugnenden und diese auch eher den Kontakt mit anderen Menschen aufnehmen und offener sind. Diese Offenheit wird vermutlich oft die Form von "Klagen" annehmen.

Ein positives Selbstkonzept ist dagegen eher bei (positiv) verleugnenden Patienten zu erwarten. Für die Patienten mit "optimaler Strategie" müßte eine positive Ausprägung aller drei Aspekte gelten.

Als Ergänzung sei zum Abschluß dieses Kapitels noch bemerkt: Zu einem positiven Selbstkonzept gehört als wesentlicher Bestandteil das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz. BECK (1972) hat, wie bereits erwähnt, bei psychosomatisch "Anfälligen" eine Tendenz zur Überschätzung von Konflikten angenommen, die mit einer Unterschätzung der eigenen Handlungsfähigkeit einhergeht. Dieser Aspekt ist auch im allgemeinen Modell der Bewältigung von großer Bedeutung, da dort Hilflosigkeit, also die Unfähigkeit, angemessen mit der Umwelt zu agieren, als wesentliche Krankheitsursache angesehen wird. Der Aspekt der selbst zugeschriebenen Kompetenz wurde von ROTTER (1966) ausführlich behandelt. Er definierte innerhalb seiner sozialen Lerntheorie eine kognitive Variable "Internale-Externale Kontrolle" und operationalisierte diese als "ge-

neralisierte Erwartungen über externe oder interne Kontrolle von Verstärkungen". ROTTER unterscheidet damit zwischen Personen, die Verstärkungen als Konsequenz des eigenen Handelns sehen (Internale Kontrolle) und solchen, die diese als Konsequenz äußerer Bedingungen auffassen. Eine externe Attribuierung führt laut ROTTER zu Gefühlen der Machtlosigkeit. Auch er meint, daß psychosomatische Patienten einen höheren Ausprägungsgrad externaler Kontrolle empfinden als die durchschnittliche Bevölkerung.

In dieser Arbeit sollen neben den aus dem allgemeinen Modell der Bewältigung abgeleiteten Dimensionen die Aspekte "Offenheit gegenüber dem inneren Erleben / Bewußtheit-Reflektiertheit"; "Kontakt zu anderen Menschen / Offenheit" und "Art des Selbstkonzeptes" und hier besonders die Zuschreibung von "Handlungskompetenz" mit aufgenommen werden.

1.6. Zusammenfassung

Im vorausgehenden Abschnitt wurde versucht, unterschiedliche, jeweils verkürzte Coping-Modelle aufeinander zu beziehen und daraus eine möglichst umfassende Systematisierung von Strategien des Umgangs mit Streß abzuleiten. Es wurden fünf Strategien gefunden, die hier, auch bezüglich ihrer Auswirkungen, noch einmal zusammenfassend beschrieben werden sollen.

Es ergeben sich die folgenden fünf Gruppen, die sich hinsichtlich ihrer Coping-Strategie unterscheiden:

- Eine erste Gruppe setzt sich intrapsychisch ständig mit Konflikten auseinander, es fehlt ein ausgebildetes Konzept; negative Aspekte stehen im Vordergrund; die Patienten sind passiv.
- Eine weitere Gruppe hat ein einseitiges, damit gegebenenfalls unzutreffendes Konzept, in dem die positiven Aspekte dominieren. Eine intrapsychische Auseinandersetzung findet nicht (oder kaum) statt. Die Patienten tendieren zu aktiven, zugewandten Handeln.

- Eine dritte Gruppe hat ebenfalls ein einseitiges Konzept, jedoch stehen hier negative Aspekte im Vordergrund. Dies führt zu aktivem, aber vermeidendem Verhalten. Eine Prüfung der Konzepte findet ebenfalls kaum oder gar nicht statt.
- Eine vierte Strategie besteht darin, sich durch Gleichgültigkeit/Apathie von der Realität abzuschirmen. Ein Konzept liegt vermutlich nicht vor, damit stehen auch weder positive noch negative Aspekte im Vordergrund. Es wird nicht versucht, durch Orientierungs-Leistungen den Zustand der Desorientiertheit zu überwinden. Gleichzeitig sind diese Patienten auch im äußeren Verhalten passiv.
- Optimal ist eine Strategie, in der ein realitätsgemäßes Konzept ausgebildet wird, wobei im Rahmen des Bewertungs-Spielraums positive Aspekte dominieren. Dieses Konzept soll zwar stabil, aber auch flexibel sein, d.h. durch neue Anforderungen sollen Orientierungsleistungen aktiviert werden. Im Handlungsbereich sollen je nach Umgebungs-Anforderungen und eigenen Bedürfnissen aktive zu- oder abgewandte Handlungen oder auch Passivität eingesetzt werden. Letztlich soll jedoch die aktive, lösungsorientierte Strategie dominieren.

Von dieser Strategie wird angenommen, daß sie mit unterschiedlicher emotionaler Gestimmtheit und somatischen Störungsmustern verbunden sind. Folgt man HELLMHAMMER und JULI et al., ist bei der ersten Strategie "Unsicherheit - Angst - Verzweiflung", bei der zweiten "Optimismus - Kampfbereitschaft", bei der dritten "Angst - Ärger" und bei der vierten "Apathie - Resignation" zu erwarten. Dagegen soll die "optimale" Strategie mit "Ausgeglichenheit" verbunden sein. HELLMHAMMER und JULI et al. haben den von ihnen dargestellten Strategien auch bestimmte somatische Störungsmuster zugeordnet. In einer Verbindung dieser Konzepte wird bei der ersten und vierten Patientengruppe eine vagotone Fehlsteuerung angenommen, bei der zweiten

und dritten eine sympathikotone. Ordnet man diese Fehlsteuerungen dem G.A.S. von SELYE zu, so scheint es sich bei der zweiten und dritten Strategie um die "Phase des Widerstandes" zu handeln, also einer vorübergehenden Stabilisierung, bei der vierten Strategie dagegen um die "Phase der Erschöpfung", d.h. um eine vagotone Fehlregulation, die aber bereits das Ende der Kapazität ankündigt. Bei der ersten Gruppe ist dagegen anzunehmen, daß es sich hier um die "Initiale Schockphase" handelt, oder ebenfalls um die "Phase der Erschöpfung", die diese Gruppe jedoch mit dem Bemühen um die Findung eines Konzeptes verbindet. Damit ist diese Gruppe zwar vermutlich subjektiv belasteter, aber noch daran interessiert, eine Lösung zu finden. So gesehen könnte man meinen, es handele sich bei den beschriebenen Strategien nicht um vier verschiedene, sondern um Stadien des gleichen Prozesses, wobei die Reaktion der ersten Gruppe eine Vorstufe darstellt, die zwar, vor allem bei zu langer Dauer, unangemessen ist, aber noch die Möglichkeit zur Entwicklung angemessener Konzepte und Handlungen und somit somatischer Gesundheit enthält. Dagegen stellt die Reaktion der vierten Gruppe einen Endpunkt dar, wie er von ENGEL in Form des "Giving up- Given-up"-Komplexes formuliert wurde. Strategie drei und vier wären demgemäß Zwischenstadien. Die Strategie der ersten Gruppe kann auch in späteren Phasen immer wieder auftreten; sie beinhaltet die Chance zur Änderung, wird aber von einer aktuellen Streßreaktion begleitet und ist somit subjektiv belastend.

Es soll weiterhin noch einmal daran erinnert werden, daß eine eingeschränkte intrapsychische Auseinandersetzung und ein Konzept, in dem positive Aspekte dominieren, nicht zwangsläufig bedeuten, daß dieses Konzept nicht realitätsgerecht ist und die daraus folgenden Handlungen unangemessen sind. Es kann sich hier um eine Vorstufe handeln, die aus einer gelassenen Haltung Konflikten gegenüber resultiert. Diese Strategie

nutzt den Spielraum, den die Realität gewährt - nicht jeder Konflikt erfordert zwangsläufig die Ausbildung neuer Interaktionsmuster; damit kann ein Ignorieren von Konflikten vor Streß schützen. Davon zu unterscheiden ist eine Strategie, in der das Konzept und die daraus resultierenden Handlungen bereits nicht mehr realitätsangemessen sind und zu einer physiologischen "Stabilität" führen, der ein Ungleichgewicht zwischen den beiden Bestandteilen des vegetativen Nervensystems zugrunde liegt.

Was hier für Konzepte mit überwiegend positiven Aspekten gesagt wurde, gilt meines Erachtens auch für solche mit überwiegend negativen Anteilen. Auch hier soll eine Vorstufe unterschieden werden, in der durch die Bewertung zwar eine negative Verdeutlichung der Situation und somit eine Spannungsreduktion erreicht wird, aber das Konzept realitätsgerecht bleibt. Allerdings ist anzunehmen, daß die negative Verdeutlichung in jedem Fall als unangenehmer erlebt wird als die positive.

Von der "optimalen Strategie" wird erwartet, daß sie mit psychosomatischer Gesundheit einhergeht.

Diese Strategien sollen durch einige "spezifisch menschliche" Dimensionen erweitert werden, die in Abschnitt 1.5. ausführlich dargestellt wurden. Dort wurden auch Erwartungen über die Kombination dieser neuen Dimensionen mit den grundlegenden Strategien geäußert. Auf eine Wiederholung dieser Ausführungen soll hier verzichtet werden.

Bevor aus den bis hier gemachten Ausführungen die der Untersuchung zugrundeliegenden Erwartungen und Ziele abgeleitet werden, soll zuvor ein kurzer Überblick über die spezielle Situation von Dialysepatienten und deren in der Literatur genannten Reaktionen und Bewältigungsversuchen gegeben werden.

2. Die Situation der Dialysepatienten, ihre
Reaktionen und Versuche der Bewältigung
- Ein Literaturüberblick

Die Fragestellung dieser Arbeit, Formen der Bewältigung von chronischer Krankheit zu identifizieren, soll stellvertretend am Beispiel der Dialysepatienten untersucht werden. Die nächsten Abschnitte sollen dazu dienen, darzustellen, inwieweit die vorn allgemein geschilderten Streßfaktoren sowie Reaktionen und Arten der Bewältigung auch bei Dialysepatienten gefunden wurden und es sollen die Besonderheiten dieser Population verdeutlicht werden. Nach einer Schilderung der medizinischen Situation der Patienten und ihrer Therapie werden die psychisch-sozialen, streßinduzierenden Implikationen ihrer Erkrankung dargestellt werden. Zum Abschluß wird dann ein Überblick darüber gegeben, welche Reaktionen und Arten der Streßbewältigung bisher bei Dialysepatienten gefunden wurden.

Etwas kompliziert wird diese Darstellung dadurch, daß zahlreiche Autoren nicht zwischen Reaktionen auf Streß, wie z.B. den emotionalen Befinden oder psychiatrischen Zustandsbildern, und aktiven Versuchen der Bewältigung unterscheiden, wie das im Rahmen dieser Arbeit versucht wurde. Auf dieses Problem wird an entsprechender Stelle zurückgekommen werden.

2.1. Die Situation

2.1.1. Medizinische Aspekte

Für 1976 gibt CLADE (1977) in der BRD die Zahl von 6000 Dialysepatienten an, davon sind rund 30 % in der Heimdialyse. Für 1982 werden in der BRD rund 16 000 chronisch Nierenkranke erwartet.

Der Ausfall der Nierenfunktionen führt zwangsläufig zum Tod. Seit etwa 15 Jahren gibt es jedoch die von SCRIBNER (siehe dazu z.B. SCRIBNER, 1969) in den USA entwickelte künstliche Niere, die auch bei chronischen

Nierenerkrankungen eingesetzt werden kann.

Nierentransplantationen werden in der BRD aufgrund des Mangels an Spendernieren nur relativ selten durchgeführt; die BRD liegt hier von 29 europäischen Ländern an 21. Stelle. Zur Zeit leben nur 5.6 % der niereninsuffizienten Patienten mit einem funktionierendem Transplantat (PICHLMAYR, 1977).

Die weiteren Ausführungen beruhen im wesentlichen auf SCHRÖDER (1977).

Die Ursachen der Niereninsuffizienz sind vielfältig. Unter den Dialysepatienten stehen diejenigen mit einer chronischen Erkrankung der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis) mit etwa 52 % an erster Stelle, gefolgt von Patienten mit einer chronischen Erkrankung des Nierenbeckens und des Harnkanälchensystems (Pyelonephritis) mit rund 21 %. Diese Erkrankungen werden durch Abwehrmechanismen gegen körperfremdes oder körpereigenes Eiweiß oder durch Bakterien hervorgerufen.

Im gesunden Zustand hat die Niere vielfältige Funktionen. Sie scheidet die im Stoffwechsel anfallenden Schlackensubstanzen aus und entfernt körperfremde Substanzen. Sie hält den Wasser- und Elektrolytbestand des Organismus auf einem bestimmten Niveau und reguliert das interne Milieu (z.B. den Säurebasenhaushalt). Neben dieser Ausscheidungsfunktion hat die Niere aber auch wesentliche andere Aufgaben. Sie sondert hormonähnliche Substanzen ab, die Auswirkung auf den Blutdruck haben, auf die Bildung von roten Blutkörperchen und die die Hormonbildung in der Nebenniere anregen. Schließlich erfolgt in der Niere auch die Aktivierung des Vitamin D, unter dessen Einfluß die Calciumaufnahme im Darm und in den Knochen abläuft. Ein Ausfall der Nierenfunktionen betrifft also nicht nur die Ausscheidung, sondern wirkt sich auch auf Kreislauf, Blutneubildung und den Knochenstoffwechsel aus.

Der Prozeß der Verschlechterung der Nierenfunktion kann sich über Wochen bis Jahre hinziehen, aber auch

ganz plötzlich auftreten und mündet schließlich in eine Harnstoffvergiftung (Urämie). Die Dialysebehandlung sollte vorher einsetzen, wenn die harnpflichtigen Substanzen im Blut bestimmte Werte überschritten haben.

Voraussetzung für die Durchführung der Dialyse ist die Schaffung von dauerhaften Gefäßzugängen, die den Anschluß an die künstliche Niere ermöglichen. Dafür wird ein Shunt (Kurzschluß zwischen einer Arterie und einer Vene meist des Unterarms) operativ angelegt, der nach etwa vier Wochen benutzt werden kann. Über diesen Shunt erfolgt die Blutentnahme und Rückgabe. Das Blut wird dann außerhalb des Körpers in der künstlichen Niere gereinigt. Im Dialysator treten die harnpflichtigen Substanzen von der Blutbahn entsprechend dem Konzentrationsgefälle in die Spüllösung über. Ein derartiger Vorgang kann aber keineswegs die komplizierte Arbeitsweise der gesunden Niere ersetzen, insbesondere nicht ihre endokrine Funktion.

Die Dialyse-Behandlung kann in verschiedenen Organisationsformen durchgeführt werden, als Heimdialyse, Limited-Care-Dialyse und als Klinikdialyse.

Übereinstimmend wird die Heimdialyse als medizinisch und psychologisch günstigste Form beschrieben. Die Patienten haben ein Gerät zu Hause und führen die Dialyse mit Hilfe eines Partners eigenständig durch, nachdem sie eine etwa dreimonatige Ausbildung erhalten haben. Vom Zentrum aus erfolgt eine Versorgung mit Materialien und werden etwaige Reparaturen durchgeführt; ebenso erfolgt durch das Zentrum die medizinische Betreuung. Die Patienten können Zeitpunkt und Häufigkeit der Dialyse selbst bestimmen. Auf der anderen Seite setzt die Heimdialyse einige Bedingungen voraus, die nicht immer gegeben sind, wie ausreichende Platzverhältnisse, Hilfe eines Partners, technisches Verständnis.

Für die Limited-Care-Dialyse wird der Patient wie für

die Heimdialyse trainiert, führt diese auch eigenständig durch, das Gerät steht jedoch in der Klinik.

Die Klinikdialyse wird ebenfalls in der Klinik, jedoch ausschließlich vom medizinischen Personal durchgeführt.

Heute wird die Dialysebehandlung im Schnitt drei mal pro Woche für jeweils zwischen 6 und 8 Stunden durchgeführt, wobei Heimdialysepatienten die Möglichkeit haben, auch häufiger für kürzere Zeiträume zu dialysieren.

Die Dialysebehandlung wird ergänzt durch eine medikamentöse Therapie und Diät- und Flüssigkeitsrestriktionen.

Wie bereits vorn erwähnt, kann die Dialysebehandlung die Funktion der gesunden Niere nicht ersetzen. Bei einem Durchschnittsalter von unter 40 Jahren liegt heute die durchschnittliche Überlebenszeit der Patienten bei etwa 5 1/2 Jahren (STRAUCH-RAHÄUSER, 1975), Nach 6 Jahren leben noch 50 % der Klinikdialyse-Patienten und 65 % der Heimdialysepatienten (STRAUCH-RAHÄUSER, 1977). (Auf eine Darstellung der Situation der Patienten, die mit einem Transplantat leben, soll hier, wie auch im weiteren verzichtet werden, da diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht befragt werden sollen.)

Auf der anderen Seite zitieren GAUS und KÖHLE verschiedene Autoren, die zwischen 66 % und 92 % der von ihnen befragten Patienten als beruflich rehabilitiert bezeichnen (GAUS und KÖHLE, 1979, b, S. 799). STRAUCH et al. (1971) nennen dagegen nur 24 %. Wie GAUS und KÖHLE (1979 b) meinen, sind diese Unterschiede z.T. auch darauf rückführbar, daß das Kriterium "Arbeitsfähigkeit" nicht immer die tatsächliche Ausübung des Berufes beinhaltet.

Zum Abschluß sollen die Komplikationen der Dialysepatienten dargestellt werden, die häufig auftreten und die zum großen Teil auf den Ausfall der vorn geschilderten wesentlichen Funktionen der gesunden Niere

rückführbar sind, für die aber auch teilweise Streßfaktoren als mögliche Ursache genannt werden.

Die mangelnde Flüssigkeitsausscheidung führt zu Gewichtszunahmen im Dialyseintervall; bei manchem Patienten ist jedoch ein Rest der Ausscheidungsfunktion (Restdiurese) erhalten.

Die mangelnde Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen, wie Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure, Phosphor, kann zur Urämie führen. Eine zu starke Anreicherung des Blutes mit diesen Stoffen kann Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, sowie neurologische Komplikationen in Form von Krämpfen oder Mißempfindungen und Lähmungen (Polyneuropathie) hervorrufen. Die Störung des Elektrolyt-Haushaltes, insbesondere eine Hyperkaliämie, kann Herzrhythmusstörungen bedingen; durch Verschiebungen im Säure-Basen-Haushalt kann es zu Brechdurchfällen, sowie zu Herzbeutelentzündungen (Perikarditis) und Rippenfellentzündungen (Pleuritis) kommen.

Die mangelnde Produktion des blutbildenden Hormons in der Niere verursacht eine Anämie, die sich in einem erniedrigten Hämatokritwert niederschlägt und zur mangelnden Leistungsfähigkeit beiträgt.

Die Störung der Blutdruckregulation bewirkt einen Bluthochdruck, der auch für die häufig auftretende Herzdilatation verantwortlich gemacht werden kann.

Die Dysregulation des Kalziumhaushaltes bewirkt Verminderungen der Knochendichte und führt im Extremfall zu Spontanfrakturen (Sekundärer Hyperparathyreoidismus). Außerdem kann es zu Gefäß- und Weichteilverkalkungen kommen.

Aufgrund der Dialysetherapie selbst sind die Patienten besonders Hepatitis gefährdet; das gleiche gilt für das Auftreten einer Sepsis. Relativ häufig findet sich bei Dialysepatienten auch ein Diabetes mellitus, der allerdings nicht Folge der Nierenerkrankung, sondern oft verantwortlich für ihre Genese ist.

Nicht zuletzt besteht bei den Patienten immer die Gefahr einer Verstopfung bzw. einer Entzündung des Shunts.

Zum Abschluß sollen noch diejenigen Störungen angeführt werden, deren Genese nicht eindeutig bestimmt werden kann, und für die verschiedene Autoren den Einfluß von Streßfaktoren diskutieren.

Hier soll an erster Stelle die Störung der Sexualfunktion genannt werden, die von zahlreichen Autoren festgestellt wurde (ABRAM et al., 1973; CAZZULO et al., 1973; FREYBERGER und BAUDITZ, 1969; LEVY, 1974; SPEIDEL et al., 1970; STEELE et al., 1976).

Neben der gestörten Hormonfunktion aufgrund der renalen Grunderkrankung gelten auch Streßfaktoren als mögliche Ursache. Dafür spricht u.a. eine Untersuchung von VOLLRATH et al. (1976), die zwischen andrologischen Ergebnissen und gestörtem Sexualverhalten von Patienten keine Beziehung finden konnten.

Auch bei den oben bereits genannten Störungen wie Polyneuropathie, Dysäquilibrium, Kopfschmerz, Magen-Darm-Beschwerden, Erbrechen, wie auch bei Auftreten eines Ulcus duodeni oder ventriculi sowie einer größeren Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten werden nicht nur rein somatische, sondern auch psychische Vermittlungsprozesse angenommen.

Häufig tritt bei den Patienten ein sehr starker Juckreiz auf, für den bisher kein Substrat gefunden werden konnte. Auch Entzündungen und Verstopfen des Shunts werden von manchen Autoren (z.B. REICHSMANN und LEVY, 1972) auf Streßfaktoren zurückgeführt.

BINDEBALLE et al. (1973) und HRUBESCH et al. (1975) stellten bei Dialysepatienten erhöhte Cortisol- und Thyroxinwerte und eine gestörte Rhythmik der Cortisolausschüttung fest, was möglicherweise Ausdruck einer Streßreaktion ist. Dies würde die oben genannten Annahmen unterstützen. Eine Entscheidung über die Richtigkeit dieser Annahmen ist allerdings nicht eindeutig möglich. Vermutlich ist häufig eine multifaktorielle Genese anzunehmen.

Neben diesen somatischen Veränderungen wird von zahlreichen Autoren auch das Auftreten psychiatrischer

Phänomene geschildert. GAUS und KÖHLE (1979 b) nennen in einem Überblick das Auftreten von Funktionspsychosen und Durchgangssyndromen sowie von reaktiven Affektausbrüchen und Verstimmungszuständen. Laut KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) treten in 18 % der Fälle ausgeprägte Funktionspsychosen auf. Depressive Verstimmungen sind das häufigste psychische Symptom. FOSTER et al. (1973) nennen eine Häufigkeit von 42 %, KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) von 53 % und DALY (1969) von 72 %.

GAUS und KÖHLE (1979 b) stellen fest, daß es schwer ist, die Genese dieser Störungen eindeutig zu bestimmen. Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von Stress lassen sich nur schwer von hirnorganischen Auswirkungen der Urämie oder Präurämie und dialysebedingten metabolischen Veränderungen unterscheiden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil wichtige Glieder in der pathophysiologischen Erklärung der zerebralen Intoxikation bei der Urämie noch unbekannt sind, so daß eine Korrelationsanalyse psychischer und physiologischer Daten erschwert ist. Auch hier ist also eine eindeutige Abgrenzung zwischen streßbedingten Phänomenen und solchen, die auf der renalen Grunderkrankung beruhen, nicht immer möglich.

Von vielen Autoren werden psychiatrische Phänomene aber nicht nur als Ursache oder Wirkung von Streß aufgefaßt, sondern als (wenn auch nicht angemessene) Arten des Umgangs mit Krankheit geschildert, so daß einige Untersuchungen erst in Abschnitt 2.2. "Reaktionen und Bewältigungsstrategien" geschildert werden sollen.

2.1.2. Psycho-soziale Aspekte

In diesem Abschnitt sollen die psycho-sozialen, streß-induzierenden Aspekte der Dialyse-Situation dargestellt, und mit der Situation anderer chronisch Kranker, sowie mit der allgemeinen Charakteristik von Streßsituationen in Bezug gesetzt werden.

GAUS und KÖHLE (1979 b) und SPEIDEL, KOCH et al. (o.J.) meinen, daß die Fortschritte in der medizinischen Technologie auch neue Aufgaben und Probleme auf psychologischem Gebiet mit sich gebracht haben. Sie vertreten die Ansicht, daß die Probleme der Dialysepatienten beispielhaft sind für die chronisch Kranken im allgemeinen und für die der Patienten, die apparativer Hilfe bedürfen, im besonderen. Beide Autorengruppen, wie auch WRIGHT et al. (1966) geben einen ausführlichen Überblick über die Streßsituationen, denen sich die Dialyse-Patienten gegenübergestellt sehen. Hier sollen die wesentlichen Aspekte zusammenfassend dargestellt werden.

Wie im vorhergehenden Abschnitt geschildert, sind die Patienten konfrontiert mit einer verkürzten Lebenserwartung, mit zahlreichen körperlichen Beschwerden und einer verringerten Leistungsfähigkeit. Auch ihr Äußeres kann durch Veränderung des Hautcolorits und Narben im Bereich des Shuntcs beeinträchtigt sein.

Diät- und Flüssigkeitsrestriktionen sowie Veränderungen im Sexualbereich (die allerdings erst sekundär als psychosomatisches Phänomen entstehen können) bedeuten weitere Einschränkungen (ABRAM et al., 1973; ANGER, 1975; FOSTER et al., 1973).

All diese Einschränkungen beinhalten Veränderung und Verlust und sind, mehr oder weniger ausgeprägt mit unterschiedlichen Schwerpunkten, auch bei anderen chronisch Kranken zu finden.

Bezogen auf die vorn geschilderte allgemeine Charakteristik von Streßsituationen ist festzuhalten, daß

" Der Eintritt einer schweren Behinderung auf jeden Fall bei den Betroffenen zu einer mehr oder weniger schwerwiegenden Desorientiertheit des Lageschema's (führt). ... Für die gesamte persönliche Zukunft ist ein neuer Ansatz zu finden."

(HAMBITZER, 1978)

Die von zahlreichen Autoren als streßhaft geschilderte Veränderung von Lebensumständen (z.B. HOLMES und RAHE, 1967), die eine Desorientiertheit zur Folge haben

(z.B. HELLHAMMER, 1979), ist also auch bei Dialysepatienten zu finden.

Ein zweites wesentliches Thema, das in der vorliegenden Literatur immer wieder behandelt wird, ist der Abhängigkeits- Unabhängigkeitskonflikt, in dem sich die Patienten befinden (FREYBERGER et al., 1974; KAPLAN DE NOUR, SHALTIEL und CZACZKES, 1968; KAPLAN DE NOUR und CZACZKES, 1972; REICHSMAN und LEVY, 1972; TAYLOR, 1972). DREES (1978) führt aus, daß chronisch Kranke, entgegen der weit verbreiteten, gesellschaftlich sanktionierten passiven Krankenrolle, dazu aufgefordert sind, trotz bleibender Einschränkungen ihr Leben wieder aktiv zu gestalten.

Dies gilt besonders für Dialysepatienten. Sie sind Zeit ihres Lebens abhängig vom Dialysegerät, von Ärzten und Pflegepersonal und von ihrem Partner, letzteres insbesondere dann, wenn sie zu Hause dialysieren.

Aus dem genannten Gegensatz resultieren zahlreiche Spannungen. Von GAUS und KÖHLE (1979 b) wird diese Aussage dahingehend modifiziert, daß es Patienten gibt, denen aufgrund ihrer Abhängigkeitswünsche dieser Aspekt der Dialyse sogar entgegenkommt. Ähnlich berichten auch REICHSMAN und LEVY (1972) von Wünschen nach mehr Unterstützung und Hilfe und nicht nach mehr Unabhängigkeit. Jedoch halten auch sie den Abhängigkeits- Unabhängigkeitskonflikt für sehr wesentlich. Aus diesem resultieren viele Spannungen in der Beziehung zum medizinischen Personal.

Bezogen auf die vorn allgemein formulierten Charakteristika von Streßsituationen handelt es sich hier z.T. um die Problematik der Unkontrollierbarkeit von Situationen und von unzureichenden oder nicht eindeutig zu bestimmenden Handlungsstrategien (z.B. SELIGMAN und MAIER, 1976; HELLHAMMER, 1979).

Im Gegensatz zu anderen chronisch Kranken wie z.B. Patienten mit Herzschrittmachern, die ihre Prothese wie ein "inneres Objekt" behandeln können (GAUS und KÖHLE, 1979 b, S. 796), ist die Belastung der Dialyse-

patienten größer. Im Unterschied zu anderen Behinderten mit "äußeren" Prothesen wie z.B. bei Gliedmaßen-schäden, wird die Funktion eines inneren Organs nach außen verlagert und ist jede Behandlung mit einem gewissen Risiko verbunden.

Die Dialysepatienten sind therapiebedingt stark örtlich und zeitlich gebunden, was wiederum Auswirkungen auf den Beruf, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (z.B. Urlaub) und auf die sozialen Kontakte hat. Neben Orts- und Zeitgebundenheit führen auch die reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit zur Abnahme von sozialen Kontakten (z.B. durch Sport) und auch die Diät- und Flüssigkeitsrestriktionen bewirken häufig eine eingeschränkte Teilnahme an geselligen Veranstaltungen. Das Verhältnis zu Familie und Partner wird durch die Dialyse-Situation und ihre Begleiterscheinungen ebenfalls verändert und erfordert die Entwicklung neuer Rollen und Verhaltensstrategien.

Der Patient muß sich mit seinem Selbstbild auseinandersetzen und ein neues Selbstbewußtsein entwickeln.

SPEIDEL, KOCH et al. (o.J.) fassen Untersuchungen zusammen, nach denen es Faktoren gibt, die diese Konfliktsituationen modifizieren. Sie stellen fest, daß es für Heimdialysepatienten leichter ist, ihre Unabhängigkeit wiederzuerlangen und Eigenverantwortung zu entwickeln. Für die Richtigkeit dieser Aussage spricht das von ihnen festgestellte größere Ausmaß der Berufstätigkeit bei den Heimdialysepatienten. Das Verbleiben im häuslichen Milieu während der Dialyse führt zu einem intensiveren Kontakt zu Partner und Familie, kann aber auch ein Konfliktpotential darstellen. Bessere finanzielle Mittel sollen ebenfalls die Situation erleichtern.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß bei Dialysepatienten die wesentlichen Faktoren zu finden sind, die im Abschnitt II 1. als streßhaft beschrieben wurden. Sie sehen sich einer veränderten Situation gegenüber, die Ungewißheit mit sich bringt, z.T. auch

direkt belastend wirkt und die die Entwicklung neuer Konzepte und Handlungsstrategien erforderlich macht. Die Situation der Patienten hat sicher vieles gemeinsam mit der Situation anderer chronisch Kranker. Im folgenden Abschnitt sollen nun die Reaktionen und Strategien beschrieben werden, die in der Literatur für Dialysepatienten referiert werden.

2.2. Reaktionen und Bewältigungsstrategien

Der von LAZARUS (u.a. 1974) getroffenen Unterscheidung folgend werden emotionale Reaktionen und Verstimmungszustände sowie psychiatrische und somatische Erkrankungen als Resultat, und nicht als Bestandteil des Bewältigungsprozesses verstanden. Von vielen Autoren, die seit etwa Mitte der 60er Jahre die psychischen und sozialen Probleme von Dialysepatienten behandeln, wurden jedoch Reaktionen in Form von Stimmungen und psychopathologischen Veränderungen und nicht das Bewältigungsverhalten beschrieben.

Diese Ergebnisse sollen daher an dieser Stelle ausführlicher referiert werden als im vorhergehenden Abschnitt; sie können dazu dienen, die psychischen Eigenarten der Patienten kennen und besser verstehen zu lernen.

Von Untersuchungen solcher reaktiver Prozesse sollen jedoch diejenigen unterschieden werden, die die eigentlichen Coping-Strategien zum Gegenstand haben. Besonderes Gewicht soll auf die Darstellung solcher Arbeiten gelegt werden, die versuchen, Determinanten der "Anpassung" zu erfassen. (Vorn wurde statt "Anpassung" für menschliches Verhalten der Begriff "Bewältigung" vorgeschlagen. In Angleichung an den in der Literatur verbreiteten Sprachgebrauch soll hier das Wort "Anpassung" übernommen werden. Es soll hierunter jedoch nicht nur das Einpassen in äußere Umstände, sondern auch deren aktive Veränderung verstanden werden.) Zum Abschluß dieses Kapitels sollen Untersuchungen und Berichte über Möglichkeiten der Psychotherapie

bei Dialysepatienten referiert werden.

Die Untersuchungen wurden auf Basis sehr unterschiedlicher methodischer Ansätze durchgeführt. So wurden zur Diagnostik der Reaktionen und Strategien deskriptive Verhaltensbeobachtung, tiefenpsychologische Untersuchungen, psychometrische Tests und offene oder semistrukturierte psychiatrische Exploration eingesetzt. Aufgrund dieser Vielfalt, aber auch aufgrund der Unterschiedlichkeit der verwendeten Anpassungskriterien, meinen GAUS und KÖHLE (1979 b), daß eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert sei. SPEIDEL, KOCH et al. (o.J.) glauben, daß die umfangreiche psychologische Literatur über Probleme der chronischen Hämodialyse nur verhältnismäßig wenige Untersuchungen enthält, die den Ansprüchen objektiver, empirischer und diagnostischer Erhebungen an größeren Stichproben genügt. Es werden zudem nur selten die soziodemographischen Daten der untersuchten Stichprobe mitgeteilt.

Auch in diesem Abschnitt sollen die referierten Ergebnisse zum Abschluß mit den Ausführungen des ersten theoretischen Teils in Bezug gesetzt werden.

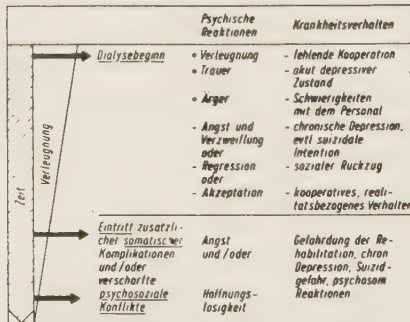
Reaktionen und psychopathologische Veränderungen

Einige Autoren stellen bei den Reaktionen auf die Dialysesituation einen phasenhaften Verlauf fest. So grenzen REICHSMANN und LEVY (1972) eine sogenannte Flitterwochenperiode aufgrund des verbesserten körperlichen Befindens zu Beginn der Dialyse mit einer Dauer von zwischen 6 Wochen bis zu 6 Monaten von einer Periode der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit sowie des Ärgers ab, die etwa 3 bis 12 Monate dauern kann. Daran schließt sich die langfristige Adaptationsphase an, die auch ein Mißlingen der Anpassung beinhalten kann.

GAUS und KÖHLE (1979 b) entwickelten ein SCHEMA (Abb. 7), in dem Phasen der psychischen Reaktion in einen Zusammenhang mit der vermuteten Abnahme der Verleugnung gestellt werden.

Reaktionen und Auseinandersetzungsstrategien sind in ihrem Modell miteinander verknüpft.

Abb. 7: Schema der psychischen Reaktionen



(Aus: GAUS und KÖHLE, 1979b, S.795)

Auch sie nehmen zu Beginn der Dialyse eine Phase der Verleugnung an, die die Gefahr des Nichtbefolgens therapeutischer Auflagen mit sich bringt. Nach länger dauernder Konfrontation mit der Realität kann es zu Trauer-, Angst-, oder Ärgergefühlen kommen; oft stellen sich die Patienten die Frage "Warum gerade ich?". Das Verhältnis zum medizinischen Personal ist aufgrund der Gereiztheit der Patienten häufig belastet.

Diese Stimmungen können sich nach GAUS und KÖHLE vertiefen bis hin zur chronischen Depression und sozialem Rückzug, oder auch überwunden werden und durch kooperatives und realitätsgerechtes Verhalten abgelöst werden. Somatische Komplikationen und/oder psychosoziale Konflikte können die Anpassung wieder gefährden und zu Depressionen und psychosomatischen Reaktionen führen.

DREES (1976) unterscheidet vier psycho-reaktive Zustandsbilder, die nach seiner Meinung den vier Entwicklungsphasen im tiefenpsychologischen Sinne entsprechen und als Regressionsstufen zu verstehen sind.

Auch in diesen Beschreibungen sind emotionale Reaktionen und Auseinandersetzungsstrategien miteinander verquickt. Die vier Gruppen zeigen die folgenden Verhaltensweisen: depressiv, hilflos, jammernd und anklammernd; trotzig, protestierend und zwanghaft rigide; verschlossen, verleugnend, pseudostabil; überwiegend adult; diese bewältigen die Dialysesituation erfolgreich (DREES, 1976, S. 565).

Innerhalb des depressiven Zustandsbildes unterscheidet DREES weiter zwischen Patienten, die depressiv, hilflos und dabei extrem verschlossen sind und solchen, die sich depressiv-jammernd, kindlich-anklammernd verhalten. Die erste Form tritt nach seiner Meinung regelmäßig in den ersten Monaten der Dialysebehandlung auf, während die zweite nach längerfristiger Dialysebehandlung entstehen soll. Dieser zweiten Form ähnelt stark das von SHANAN et al. (1976) beschriebene Verhalten, das sie bei einem Großteil der von ihnen untersuchten Patienten feststellten: narzistischer Rückzug, der eine intensive Beschäftigung mit der eigenen Person, insbesondere mit den negativen Aspekten beinhaltet.

Inhaltlich zeigen sich weitgehende Übereinstimmungen zwischen den "psycho-reaktiven Zustandsbildern" von DREES und den von REICHSMAN und LEVY (1972) und GAUS und KÖHLE (1979 b) beschriebenen Phasen, nur daß die "Zustandsbilder" als Regressionsstufen verstanden werden, deren zeitlicher Ablauf nicht festgelegt wird.

Insgesamt wird in der Literatur, wie bereits in Abschnitt II 2.1.1. dargelegt wurde, das Auftreten von Depressionen als häufigste psychiatrische Komplikation beschrieben.

Damit übereinstimmend wurde von verschiedenen Autoren gegenüber der Normalbevölkerung eine deutlich erhöhte Häufigkeit der suizidalen Handlungen festgestellt. ABRAM et al. (1971) fanden bei einer Untersuchung, die 3 706 Dialysepatienten erfaßte, eine um etwa das Hundertfache erhöhte Suizidrate. Dazu gehören allerdings

302 "als suizidal interpretierbare" Handlungen. Auch FREYBERGER (1973) unterscheidet zwischen direkten und indirekten suizidalen Handlungen. Zu letztgenannten rechnet er Nahrungs- und Flüssigkeitsexzesse. Sicher kann man nicht alle Diätfehler so interpretieren, jedoch weist die von KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) festgestellte Korrelation zwischen Depression und Diätfehlern auf einen solchen Zusammenhang hin.

KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) fanden bei 27 % der untersuchten Patienten suizidale Impulse, HOLCOMB und MACDONALD (1973) berichten von einem Drittel ihrer Patienten die Aussage, "sie seien lieber tot".

Bei Heimdialysepatienten soll diese Tendenz nach ABRAM et al. (1971) geringer ausgeprägt sein.

Neben Depressionen wurden von verschiedenen Autoren auch andere psychopathologische Veränderungen genannt. So berichtet LOHMAN (1972) vom Auftreten exogener Reaktionstypen, ABRAM (1974 b) von Psychosen. Weiterhin werden (sub-) delirante Zustandsbilder während und unmittelbar nach der Dialyse (MENZIES und STEWART, 1968) und Herabsetzungen von Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Konzentrationsfähigkeit am ersten Tag nach der Dialyse (WENDLAND und LOOCK, 1977) genannt. Zumindest für die zuletzt erwähnten Störungen ist eine Mitbedingtheit durch Urämie oder Präurämie und durch dialysebedingte metabolische Veränderungen anzunehmen. Auf die Schwierigkeit einer Abgrenzung des Einflusses dieser Faktoren wurde bereits im Abschnitt II 2.1.1. hingewiesen.

Auseinandersetzungsstrategien

Die Abwehr ist die am meisten verwandte Coping-Strategie der Dialysepatienten, wie zahlreiche Veröffentlichungen belegen (ABRAM, 1977; CRAMOND, KNIGHT et al. 1967 und 1968; GLASMANN und SIEGEL, 1970; KAPLAN DE NOUR und CZACZKES, 1970 und 1972; SHORT und WILSON, 1969; SPEIDEL et al., 1970; STRAUCH-RAHÄUSER et al., 1977; WRIGHT et al., 1966).

Darüber hinaus werden von einigen Autoren (z.B. KAPLAN DE NOUR, SHALTEEL und CZACZKES, 1968) vereinzelt Mechanismen wie "Verschiebung", "Isolation", "Projektion" und "Reaktionsbildung" genannt. Meist wurde das Verhalten der Patienten jedoch unter dem Aspekt der "Abwehr" untersucht. Laut GAUS und KÖHLE (1979 a) ist die häufige Verwendung von "Abwehr" nicht nur bei Dialysepatienten, sondern bei allen chronisch Kranken weit verbreitet.

Bei Dialysepatienten fanden SPEIDEL et al. (1970), daß das Ausmaß an manifester Angst (gemessen mit der Saarbrücker Angstskala) unterhalb der allgemeinen Bevölkerungsnorm liegt. GLASSMANN und SIEGEL (1970) registrierten eine Diskrepanz zwischen dem geringen Ausmaß an Depression und Angst in der Selbstschilderung und dem Erscheinungsbild der Patienten. In Untersuchungen von STRAUCH-RAHÄUSER et al. (1977) lagen die Werte im 16 PF von CATTELL, im FPI und im GIESSEN-Test im Normalbereich. (In einer Untersuchung von SPEIDEL und KOCH et al. (o.J.) waren die Dialysepatienten jedoch mit einer Wahrscheinlichkeit von $p = 0.01$ bzw. 0.05 im FPI weniger offen und nervöser.) WRIGHT et al. (1966) fanden, daß Dialysepatienten sich genauso glücklich bzw. mit dem Leben zufrieden einschätzen, wie gesunde Kontrollpersonen und weit zufriedener als Tuberkulosepatienten.

Aus diesen Diskrepanzen leiten die genannten Autoren das Vorhandensein von Verleugnungsmechanismen ab, die eine psychische Dekompensation verhindern.

WRIGHT et al. (1966) interpretieren auch erhöhte Hysterie-Scores im MMPI als Ausdruck emotionaler Abwehr. STRAUCH-RAHÄUSER et al. (1977) konnten die Verleugnungstendenz der Dialysepatienten testpsychologisch nicht sichern. Sie benutzten den Defense Mechanism Inventory von GLEESER (1969). GAUS und KÖHLE (1979 b) führen das darauf zurück, daß dieser Test nur die Reaktion auf Alltagsprobleme, nicht aber auf außergewöhnliche Situationen mißt. STRAUCH-RAHÄUSER et al. meinen,

daß eine Erfassung der Abwehr über semistruktuierte Interviews oder systematische Verhaltensbeobachtung besser möglich sei.

Während GAUS und KÖHLE (1979 b), wie aus ihrem o.g. Schema hervorgeht, über die Zeit eine Tendenz zur Abnahme der Verleugnung annehmen, stellen GLASSMAN und SIEGEL (1970) das Gegenteil fest. Sie beobachteten eine Zunahme der Abwehr, die mit einer Abnahme der Affekte verbunden war. Diese Auffassung wird von HOLCOMB und MACDONALD (1973), KAPLAN DE NOUR, SHALTIEL und CZACZKES (1968) und SHORT und WILSON (1969) geteilt.

Übereinstimmend meinen GAUS und KÖHLE (1979 b) aber auch, daß die Abwehrmechanismen zu innerer Starre und gefühlsmäßiger Armut führen können. SPEIDEL, KOCH et al. (o.J.) sprechen auch von einer Reduktion der Interessen und der Phantasie. Die Abwehr hat also nicht nur positive Auswirkungen.

Von verschiedenen Autoren werden neben dieser generellen Strategie vor allem die Verhaltensweisen in zwei Bereichen konkreter beschrieben, nämlich das Verhalten gegenüber dem medizinischen Personal und der Familie.

Der lang dauernde Kontakt, der sich vom üblichen Kontakt zwischen Pflegepersonal und Patienten unterscheidet, fördert die Entwicklung starker, emotional getönter Beziehungen. Häufige Streßsituationen und die einseitige Abhängigkeit der Patienten bewirken das Entstehen von Spannungen.

Falls psychodynamische Gesichtspunkte bei der Interpretation des Patientenverhaltens nicht berücksichtigt werden, kann es leicht zu Mißverständnissen und Fehlverhalten des Personals kommen, das wiederum das Fehlverhalten der Patienten verstärken kann. Offene oder latente Aggressivität des Patienten oder mangelnde Kooperation können zu Aggressionen auf seiten des Personals oder zu dessen Distanzierung führen. KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1974 a) führen den Mangel an Kooperation, wie z.B. das Übertreten der Flüssigkeits-Reglementierung, wiederum auf Verleugnungsprozesse, Triebdurch-

brüche, Depressionen und Aggressionen zurück.

GAUS und KÖHLE (1979 b) vertreten die Ansicht, daß es nur selten zu offener Auflehnung oder emotionalen Ausbrüchen gegenüber dem Personal oder auch dem Dialyseapparat kommt, da die Patienten ihre Probleme stark verleugnen.

Der konforme Patient ist häufig auch beliebter als der engagierte, so daß hierdurch der Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt des Patienten verstärkt wird.

Auf der anderen Seite sollte nicht vergessen werden, daß das medizinische Personal selbst einer starken Belastung ausgesetzt ist. So stellten VOLLRATH et al. (1977) testpsychologisch fest, daß Dialyse-Schwestern depressiver sind als die Normalbevölkerung. Weiterhin wurden bei Ärzten und Pflegepersonal dem Verhalten der Patienten komplementäre Verleugnungsstrategien beobachtet (GOLDSTEIN, 1972; SHORT und WILSON, 1969). Ein gewisses Maß an Distanz ist aber laut KAPLAN DE NOUR (1973) nötig, um eine zu belastende Identifikation mit dem Schicksal des Patienten zu verhindern.

In der Familie wurden ähnliche Beziehungsmuster und Auseinandersetzungsstrategien festgestellt.

Laut SHAMBAUGH und KANTER (1969) bestehen bei Patient und Familie gegenseitige unausgesprochene Schuldgefühle. Der Patient empfindet sich als eine Belastung und fühlt sich schuldig, die Familienmitglieder fühlen sich tatsächlich eingeschränkt und entwickeln aus diesem Grund Schuldgefühle. Im Verhältnis zum Partner können sexuelle Frustrationen die Spannungen weiter verschärfen.

Der Versuch, die Krankheit und ihre Folgeprobleme so weit wie möglich aus dem Alltag herauszuhalten und darüber nicht zu kommunizieren, insbesondere nicht über die daraus resultierenden Gefühle, kann zu einer Verarmung der Beziehung zum Partner führen (TSALTAS, 1976). Auch BALCK et al. (1978) meinen, daß infolge der Neigung zur Konfliktvermeidung die Unzufriedenheit mit der Beziehung zum Partner entsteht.

MAURIN und SCHENKEL (1976) stellten fest, daß vor allem den Kindern Informationen über die Krankheit so weit wie möglich vorenthalten werden. TSALTAS (1976) fand bei Kindern von Heimdialysepatienten, daß diese depressiv wirkten und zwei Drittel von ihnen in der Behandlung eines Schulpsychologen oder Psychiaters waren.

Auch im familiären Bereich scheint also die Strategie der Konfliktvermeidung zu dominieren und zu einer Beeinträchtigung und Verarmung der Beziehungen zu führen.

Bezieht man die bis hier berichteten Ergebnisse auf die im Abschnitt II 1.6. dargestellten Formen der Streßbewältigung, so kann man bezüglich der "Reaktionen" feststellen, daß alle vorn in Zusammenhang mit unterschiedlichen Auseinandersetzungsstrategien genannten Stimmungen wie "Verschlossene Zufriedenheit", Ärger, Angst/Niedergeschlagenheit und Apathie auch bei Dialysepatienten gefunden wurden.

Schwierig ist, daß in der Literatur meist nicht definiert wird, was unter "Depression" zu verstehen ist. Vermutlich ist es jedoch sinnvoll, wie DREES (1976) zwischen depressiv-apatthischen und depressiv-jammernenden und anklammernden Patienten zu unterscheiden, wobei bei der zweiten Gruppe wohl eine Kombination mit Ängsten und Verzweiflung zu erwarten ist. Diese Unterscheidung würde mit der in Abschnitt II 1.6. "Zusammenfassung" getroffenen übereinstimmen.

Das häufige Vorkommen von Depressionen bei Dialysepatienten läßt sich, den Ausführungen in II 1. "Streß, Streßbewältigung und Gesundheit" folgend, damit erklären, daß die Situation der Dialysepatienten kaum Spielraum für aktive Veränderungen läßt. Das Beenden der Therapie bedeutet den Tod. Depressive Zustände waren vorn jedoch als Konsequenz von Passivität im Handlungs- und im psychischen Bereich beschrieben worden, die im Stadium der "Erschöpfung" auftreten und aus einer übermächtigen Umwelt resultieren. Dementsprechend sehen SHANAN et al. (1976) und FREYBERGER und BAUDITZ

(1969) die Depressionen bei Dialysepatienten als "Erschöpfungsdepressionen".

Von den in Abschnitt II 1. herausgearbeiteten Coping-Strategien und ihren unterschiedlichen Bestandteilen, wurde im wesentlichen nur die Abwehr untersucht und übereinstimmend von fast allen Autoren als die bei Dialysepatienten am weitesten verbreitete Art der Auseinandersetzung bezeichnet.

"Abwehr" wird von den meisten Autoren nicht explizit definiert, doch implizit immer als eine Abwehr negativer Aspekte einer als bedrohlich aufgefaßten Realität verstanden. Die Möglichkeit "negativ verdeutlichen der Abwehr" wird nur von GOLDSTEIN und REZNIKOFF (1971) angesprochen, die meinen, daß Patienten die Möglichkeit zur Kontrolle der Umwelt (also von etwas an sich positivem) leugnen, um sich dadurch von einer Aufgabe zu entlasten. Viele Autoren stimmen mit der vorn vertretenen Ansicht überein, daß ein mittleres Maß an Verleugnung, das noch realitätsorientiert ist, eine günstige Voraussetzung für die "Anpassung" ist (u.a. ABRAM, 1977; HAGBERG, 1974; KAPLAN DE NOUR, et al., 1968).

Die mit der Abwehr in Zusammenhang stehenden Strategien in anderen Teilbereichen, wie z.B. das äußere Handeln wurden dagegen kaum untersucht oder werden nur indirekt und unvollständig bei den Beschreibungen des Verhaltens im Rahmen von "Reaktionsbildern" und "Phasen" angesprochen.

Eine Ausnahme stellt hier STRAUCH-RAHÄUSER (1977) dar, die das intraindividuelle Bewältigungsverhalten in drei Komponenten unterteilt: 1. Art der Krankheitswahrnehmung; 2. Affektive Reaktion; 3. Manifestes Verhalten. Diese Einteilung stimmt weitgehend mit der im ersten Theorieteil getroffenen überein. STRAUCH-RAHÄUSER erwartet beim manifesten Verhalten drei verschiedene Strategien: aktives, resignatives und Vermeidungsverhalten. Sie trifft damit die gleiche Einteilung wie JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978). Es fehlt die von HELLHAMMER (1979) herausgearbeitete Gruppe der im

äußeren Handeln passiven, aber intrapsychisch aktiven, "grübelnden" Patienten. STRAUCH-RAHÄUSER versucht nicht, diesen Handlungsstrategien bestimmte Arten der Krankheitswahrnehmung und der gefühlsmäßigen Reaktion zuzuordnen. Eine Ausnahme bildet das Vermeidungsverhalten. Sie meint, daß dieses praktisch immer mit einem bagatellisierenden Wahrnehmungsstil verknüpft sei, die Krankheit werde ignoriert und Anordnungen dann auch eher vernachlässigt. Diese Erwartungen entsprechen nicht den in Abschnitt II 1.6. "Zusammenfassung" formulierten Annahmen. Dort wurde im Gegenteil beim "Vermeiden" eine negative Verdeutlichung der Situation angenommen, allerdings auch intrapsychische Passivität.

Bedingungen erfolgreicher "Anpassung"

Es gibt relativ wenige Untersuchungen, in denen versucht wird, Auseinandersetzungstrategien mit der Dialyse auf Kriterien der "Anpassung" zu beziehen, wie es Ziel dieser Arbeit ist. Vor allem sind diese Untersuchungen kaum statistisch abgesichert. Meist wird der Einfluß situativer oder der von überdauernden Persönlichkeitsfaktoren untersucht. Die Kriterien der Anpassung sind dabei sehr unterschiedlich definiert und nur schwer operationalisierbar.

Allgemein wird wohl unter Anpassung das Fehlen grober psychologisch-psychiatrischer Symptome, Anpassung an das medizinische Regime und berufliche Rehabilitation verstanden, wie GAUS und KÖHLE (1979 b) ausführen.

Folgende Ergebnisse wurden gefunden:

Bei Verheirateten und bei Patienten mit regen sozialen Kontakten sollen die Chancen zur Bewältigung größer sein (FRIEDMANN, et al., 1970; FREYBERGER et al., 1974). Auch MALMQUIST et al. (1972) fanden, daß regelmäßige soziale Außenkontakte eine günstige Auswirkung auf die Anpassung haben. Weiterhin fanden sie einen günstigen Einfluß der Konstanz des Lebensstils und eine bessere Bewältigung, wenn Abwehrmechanismen wie Verdrängung anstatt primitiverer Mechanismen wie Isolierung be-

nutzt werden. Nicht soziale oder medizinische Hintergrunddaten, sondern die Qualität der Beziehung, die die (männlichen) Patienten als Erwachsene zu ihrer Mutter und als Kinder zu beiden Elternteilen hatten soll nach Meinung von MALMQUIST et al. weiterhin eine gute Anpassung bewirken. Eine wichtige Rolle spielt nach ihrer Ansicht auch die früher bewiesene Fähigkeit, mit Lebensveränderungen umzugehen. Dies deckt sich mit den in Abschnitt II 1. referierten Aussagen, in denen die Wichtigkeit vergangener Erfahrungen im Umgang mit Streß betont wird.

Einige Autoren fanden eine positive Korrelation zwischen Intelligenz und Anpassung (SHEA et al., 1965; SAND et al., 1966; WRIGHT et al., 1966), andere konnten dies nicht feststellen (WINOKUR et al., 1973; HAGBERG, 1974).

FISHMAN und SCHNEIDER (1972) prüften die Anpassung an die Dialyse nach einem Jahr. Diese war schlechter, wenn der Patient offene Angst und Depression zeigte, Beschwerden in Zusammenhang mit der Dialyse angab und Feindseligkeits- und andere Beziehungsprobleme hatte. Die Qualität der Anpassung hatte allerdings ihren Ergebnissen zufolge keinen Einfluß auf die Überlebensdauer. Diese korrelierte dagegen mit dem ärztlichen Urteil über den Gesundheitszustand.

Die Überlebensdauer wurde von mehreren Autoren als Kriterium der Anpassung verwendet. FOSTER et al. (1973) fanden, daß die Verstorbenen in psychiatrischen Interviews mehr Hinweise auf psychopathologische Veränderungen gezeigt hatten, diese allerdings auch einen höheren Harnstoffspiegel aufgewiesen hatten. 42 % der Verstorbenen hatten Suizidversuche unternommen. Die Überlebenden unterschieden sich unter anderem dadurch, daß sie gegenüber ihren Mitpatienten indifferenter waren. ZIARNIK et al. (1977) stellten fest, daß sich Patienten mit einer Überlebenszeit an der Dialyse von weniger als einem Jahr von Patienten mit einer höheren Über-

lebensdauer durch Gefühle der Hilfslosigkeit gemessen mit dem MMPI unterschieden. Die Patienten mit längerer Überlebenszeit neigten zur Abhängigkeit, waren weniger depressiv und der Zukunft gegenüber hoffnungsvoll.

Die Einhaltung der Diät durch die Patienten und ihre berufliche Rehabilitation läßt sich nach KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1972) mit einer Treffsicherheit von über 70 % voraussagen. Hohe Frustrationstoleranz, die Abweisung von Abhängigkeitswünschen und eine eher zwanghafte Persönlichkeitsstruktur hatten eine positive Wirkung. Auch die Auffassung der Krankenrolle als einer aktiven ist günstig, während die Verleugnung der Krankenrolle negative Auswirkungen hat (KAPLAN DE NOUR und CZACZKES, 1976).

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

Das Fehlen psychopathologischer Phänomene wird als günstig angesehen. Dies ist nicht erstaunlich, da diese selbst als wesentliches Kriterium der Anpassung gewertet werden und auf der Hand liegt, daß ihr Auftreten auch die Anpassungsleistungen auf anderem Gebiet (wie z.B. die berufliche Rehabilitation) ganz erheblich beeinflußt.

Übereinstimmend werden von vielen Autoren positive soziale Beziehungen als sehr wichtig bezeichnet.

Auch die Konstanz des Lebensstils und keine, oder eine nur geringe Anzahl von Beschwerden durch die Dialysebehandlung werden für einflußreich gehalten.

Dies hängt eng zusammen mit der als positiv angenommenen Wirkung eines Coping-Stils, der eher Abwehr beinhaltet. Indifferenz, hohe Frustrationstoleranz, eine eher zwanghafte Persönlichkeit und die Auffassung der Krankenrolle als einer aktiven, sowie das Fehlen von Gefühlen der Hilflosigkeit und eine positive Zukunftsorientierung erinnern an den vorn beschriebenen Stil der nach außen aktiven, aber intrapsychisch abwehrenden Patienten, der bei Dialysepatienten am häufigsten festgestellt wurde.

Depressionen und Angst, die bei den intrapsychisch und im äußeren Handeln passiven und den "grübelnden" Patienten registriert wurden, haben dagegen negative Auswirkungen.

KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) halten aber ein mittleres Ausmaß an Abwehr für günstig, da sie eine aktive Auffassung der Krankenrolle, aber nicht deren totale Verleugnung als positiv bewerten.

Psychotherapie bei Dialysepatienten

Die psychotherapeutische Betreuung der Patienten erfolgt nur an relativ wenigen Einrichtungen in institutionalisierter Form. Psychiater oder Psychologe werden häufig nur in Notfällen zur Hilfe gerufen. GRAMOND et al. (1967) empfehlen dagegen eine aktivere Rolle des Psychiaters. HEINEMANN et al. (1974) plädieren demgemäß für ein abgestuftes psychosoziales Betreuungssystem, in dem konform der somatischen Betreuung das gesamte Nierenteam für die psychologisch-psychiatrische Führung zuständig ist. Bestandteile des Systems sind regelmäßige Treffen des Teams, innerhalb derer das Verhalten der Patienten und des Personals diskutiert werden und auch Weiterbildung stattfindet. Ein Vertreter des Pflegepersonals ist zuständig für die Dokumentation der psychischen Probleme der Patienten. Gruppen- und Einzelgespräche mit dem Patienten, meist am Konzept der Gesprächstherapie orientiert, sowie die Vermittlung des Autogenen Trainings gehören ebenfalls in dieses Betreuungskonzept. Daneben soll noch die Möglichkeit zur stationären psychiatrischen Behandlung bestehen.

Insgesamt existieren eine ganze Reihe von Erfahrungsberichten über die psychotherapeutische Betreuung; meist handelt es sich jedoch um kleine Fallzahlen ohne randomisierte Kontrollgruppen. Aussagen über den Nutzen sind also statistisch nicht zu sichern. GAUS und KÖHLE (1979 b) nennen folgende Bereiche der therapeutischen Betreuung:

1. Aufnahmeuntersuchung zu Beginn der Dialysebehandlung, um Persönlichkeitsentstehung und -struktur, bevorzugte Abwehrmechanismen und Handlungsstile einzuschätzen und bestimmte Gefährdungen zu erkennen. ABRAM (1976) betont, daß der Kontakt zu den Patienten bereits vor Beginn der Dialysebehandlung einsetzen sollte.
2. Psychotherapeutische Unterstützung von Dialysepatienten insbesondere zu Behandlungsbeginn, später in der Regel nur bei bestimmten Krisensituationen. FREYBERGER (1973) hält während des ersten dreiviertel Jahres eine psychotherapeutische Betreuung bei allen Dialysepatienten für erforderlich. Indikatoren für spätere Eingriffe können episodische psychische Labilität, entmutigende Angehörige, innerfamiliäre Konflikte und psychische Notfallsituationen (z.B. Suizidgefahr) sein.
3. Interpretationen des Patientenverhaltens im Rahmen eines konsiliarischen Dienstes.
4. Eventuell Mitarbeit im Rahmen von Gruppensitzungen aller an der Therapie der Patienten Beteiligten. Hierzu kommen neben fall-orientierten Gruppen Balint-Gruppen in Frage (SPEIDEL, 1976). LÜTZENKIRCHEN (1974) empfiehlt die Einführung des Modells der therapeutischen Gemeinschaft für Dialysezentren und DREES (1976) charakterisiert seinen Ansatz als Synthese zwischen Institutionsberatung und Balint-Gruppe.

Für die Therapie werden verschiedene Techniken empfohlen: Fokaltherapie zur Bearbeitung einer spezifischen Konfliktsituation (TUCKMANN und BROOKLYN, 1970); langfristige stützende Behandlungen (FREYBERGER, 1973); verhaltenstherapeutische Techniken, z.B. zur Angstreduktion gegenüber den Kanülen (DREES, 1976); Gesprächstherapie (HEINEMANN, PRECHT, ROESLER et al., 1974); Familientherapie (KOSSORIS, 1970); Gruppensitzungen für Ehefrauen von Heimdialysepatienten (D'AFFLITTI und SWANSON, 1975); Gruppentherapie (SORENSEN, 1972); Be-

sprechungen mit den Mitgliedern der Dialyseereinheit und Gruppentreffen mit den Patienten (MARSHALL, 1974). Auch Selbsthilfegruppen wird eine wichtige Funktion zugeschrieben (SPEIDEL, KOCH et al., o.J.). Weiterhin werden Autogenes Training (LOHMANN, 1973) und Hyponose (SCOTT, 1973) empfohlen. LOHMANN stellte bei 31 Heimdialysepatienten nach Vermittlung des Autogenen Trainings einen Rückgang der Reizbarkeit, von Aggression und Depression und eine Zunahme der sozialen Kontakte fest.

Zu Beginn jeder Form psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung ist in der Regel ein starker Widerstand der Patienten zu überwinden (KAPLAN DE NOUR, SHALTIEL, CZACZKES, 1968; HOLLON, 1972). Dies könnte aus der Tendenz der Patienten zur Abwehr resultieren. GAUS und KÖHLE (1979 b) meinen, daß konfliktverarbeitende Therapie aufgrund der geringen Freiheitsgrade für die Umstrukturierung der Persönlichkeit vermieden und statt dessen eine stützende Therapie, z.B. eine psychoanalytische, angeboten werden sollte. Sie meinen, daß sich der Therapeut zwischen "Scylla und Charybdis" bewege.

" Verstärkung der Abwehrfunktionen kann weitere Verödung innerseelischen Lebens und der Außenbeziehungen, Schwächung derselben kann vermehrte Angst beim Patienten und mögliche Symptomverschlechterung bedeuten." (GAUS und KÖHLE, 1979 b, S. 802)

Auch hier wird also wieder die Frage nach dem angemessenen Ausmaß der Abwehr aufgeworfen.

Mit diesen Ausführungen soll der Literaturüberblick über bisherige Untersuchungen bei Dialysepatienten abgeschlossen werden. Im nächsten Kapitel folgt das Fazit aus den beiden Teorieteilern, die Darstellung der Problemformulierung und Zielstellung dieser Arbeit sowie der daraus abgeleiteten Erwartungen. Methodologische Überlegungen, die Beschreibung der Untersuchungsinstrumente und des Untersuchungsrahmens schließen sich an.

KAPITEL III PROBLEMFORMULIERUNG UND METHODE

1. Ziele und Erwartungen

An dieser Stelle sollen zusammenfassend die Erwartungen und Ziele formuliert werden, die der empirischen Untersuchung zugrunde liegen.

Es soll hier nicht von "Hypothesen", sondern von "Erwartungen" gesprochen werden, da viele der Annahmen noch nicht genügend präzise formuliert werden können und teilweise erst der Aufdeckung von Zusammenhängen dienen sollen.

Aufgabe dieser Arbeit ist es also zum einen, die in einem gewissen Umfang vorhandenen Annahmen zu überprüfen, zum anderen, weitere Informationen zu sammeln. Aus diesem Grund ist die vorliegende Arbeit als "pilot-study" zu bezeichnen. Diese ist zwischen einer nur beschreibenden und einer erklärenden Studie angesiedelt; sie ist dem Charakter nach mehr analytisch, beruht jedoch auf zu kleinen Stichproben. Ziel einer pilotstudy ist es, einen Beitrag zur präziseren Konzeptualisierung zu leisten.

Im wesentlichen sind zwei Gruppen von Erwartungen zu unterscheiden:

1. Es wird erwartet, daß innerhalb des untersuchten Kollektivs Gruppen existieren, die sich hinsichtlich der Art ihrer Versuche, die Krankheitsbelastung zu bewältigen, unterscheiden.

a)

Es besteht die Vermutung, daß es fünf Gruppen gibt, die sich hinsichtlich der Dimensionen "Intrapsychische Verarbeitung" mit den Aspekten "Intensität", "Realitätsangemessenheit" und "Bewertung", und der Dimension "Handlung" mit den Aspekten "zu- bzw. abwendende Ak-

tivität" und "Passivität" unterscheiden. Diese Dimensionen sollen jeweils in unterschiedlichen Kombinationen vorkommen und die folgenden Gruppen mit unterschiedlichen Strategien konstituieren:

- Eine grübelnde, passive Gruppe, die überwiegend negative Aspekte sieht. Diese hat kein ausgebildetes Konzept.
- Eine "intrapsychisch passive" im Handeln aktiv-"kämpferische" Gruppe, mit einem ausgebildeten Konzept, in dem positive Aspekte überwiegen.
- Eine ebenfalls "intrapsychisch passive", aber im Handeln aktiv-"vermeidende" oder "fliehende" Gruppe, in deren ausgebildeten Konzept die negativen Aspekte dominieren.
- Eine Gruppe, die kein ausgebildetes Konzept hat, sich intrapsychisch und nach außen nicht mit der Krankheit auseinandersetzt und bei der weder negative noch positive Aspekte überwiegen, sondern Gleichgültigkeit, Apathie herrscht.
- Eine fünfte Gruppe mit einer "optimalen" Strategie, die ein stabiles, aber flexibles Konzept hat, in dem sich positive und negative Aspekte die Waage halten, positive Aspekte aber dominieren. Ebenso flexibel soll ihre Handlungsstrategie sein.

Bei Gruppe zwei und drei wird zusätzlich vermutet, daß es "Vorstufen" gibt, bei denen die Hervorhebung bestimmter Aspekte einer kognitiven Verdeutlichung und damit einer Spannungsreduktion dient, dies aber noch nicht zu einer realitätsunangemessenen Konzeption und Interaktion mit der Umwelt geführt hat.

Weiterhin wird erwartet, daß sich diese Gruppen auch hinsichtlich der "spezifisch menschlichen" Dimensionen "Offenheit gegenüber dem inneren Erleben/Bewußtheit-Reflektiertheit", "Kontakt zu anderen Menschen/Offenheit" und "Art des Selbstkonzeptes/Zuschreibung von Handlungskompetenz" unterscheiden. Dabei wird erwartet, daß "aktive intrapsychische Auseinandersetzung" zu Offenheit gegenüber sich, wie auch anderen, führt, das Gegenteil aber, sofern positive Aspekte im Konzept dominieren, eher mit einem positiven Selbstkonzept verbunden ist. Von den Patienten mit einer "optimalen Strategie" wird auch hinsichtlich dieser Dimensionen erwartet, daß diese bei ihnen die günstigste Ausprägung haben.

b)

Die Dimension "Verleugnung" ist für die Gruppen-Einteilung sehr bedeutsam, insbesondere bei Dialysepatienten, bei denen diese Art des Umgangs mit Krankheit immer wieder festgestellt wurde. Allerdings scheint diese Dimension in der bisher beschriebenen Ausprägung für eine angemessene Systematisierung nicht ausreichend.

- Es wird erwartet, daß es eine Gruppe gibt, bei der das Vorherrschen negativer Aspekte nicht mit intrapsychischer Aktivität einhergeht; mit anderen Worten: Verleugnung kann auch eine kognitive Verdeutlichung in negativer Richtung beinhalten.
- Weiterhin wird eine Gruppe erwartet, die kein ausgebildetes Konzept hat, die sich aber um die Schaffung eines solchen nicht bemüht, apathisch ist. Intrapsychische Passivität muß also nicht mit einem ausgebildeten Konzept, dem Vorherrschen bestimmter Aspekte einhergehen.
- Es besteht die Annahme, daß neben der Verleugnungsdimension die "Realitätsangemessenheit" des Konzeptes, sowie die Handlungsdimension und die "spezifisch menschlichen" Dimensionen eine Rolle spielen.

2. Es wird erwartet, daß die Gruppen aufgrund der von ihnen eingesetzten Strategien verschieden "erfolgreich" sind, d.h., sich sowohl im psychischen wie im somatischen Befinden unterscheiden.

Im Theorieteil wurde besonderer Wert darauf gelegt, den verschiedenen Strategien unterschiedlich somatische Störungsmuster zuzuordnen.

Es wird angenommen, daß

- die erste und vierte Strategie mit einer vagotonen
- die zweite und dritte mit einer sympathikotonen Fehlsteuerung einhergehen
- die "optimale" Strategie dagegen mit vegetativem Gleichgewicht verbunden ist.

Für die Strategien zwei und drei wurde die Möglichkeit von "Vorstufen" erwähnt, die der Streßreduzierung dienen, aber noch nicht zu einem stabilen Ungleichgewicht innerhalb des vegetativen Nervensystems führten. In diesem Fall könnte vermutet werden, daß diese Patien-

ten bessere Ergebnisse haben als die der ersten und vierten Gruppe; die Gruppe mit "positiver Verleugnung" aufgrund ihrer "gelasseneren Bewertung" sogar bessere Ergebnisse hat als Patienten mit der "optimalen Strategie". Von Patienten, die verleugnen, bei denen aber die negativen Aspekte im Vordergrund stehen, ist zu vermuten, daß sie aufgrund dieser Bewertung doch belasteter sind, als Patienten mit einer "optimalen" Strategie. Zieht man also die Möglichkeit von Vorstufen in Betracht, wird erwartet, daß

- "kämpferische" Patienten mit "positiver Verleugnung" und solche mit einer "optimalen Strategie" die besten Ergebnisse haben,
- "fliehende-ausweichende" Patienten mit "negativer" Verleugung das nächstbeste Ergebnis haben,
- die "grübelnden" und "resignierten" Patientengruppen, die im Handlungsbereich beide passiv sind, die schlechtesten Ergebnisse haben. Das gleiche gilt für die vorn genannten Strategien, sofern es sich nicht mehr um "Vorstufen" handelt.

Diese angenommene Reihenfolge gilt auch für das Befinden im psychischen Bereich, also z.B. für die eingeschätzte Zufriedenheit oder Ausgeglichenheit. Falls keine Vorstufen vorliegen, steht zu erwarten, daß sich nur die Gruppe mit "optimaler Strategie" im psychischen Gleichgewicht befindet.

Bezüglich des emotionalen Befindens wird vermutet, daß die erste Strategie mit einer "ängstlichen Unsicherheit", eventuell gepaart mit "Niedergeschlagenheit" und "Verzweiflung", die zweite mit "Optimismus-Kampfbereitschaft", die dritte mit "Angst-Ärger", die vierte mit "Apathie-Resignation" und die "optimale" Strategie mit "Ausgeglichenheit" verbunden ist.

Für die "Vorstufen" müßten die Erwartungen dahingehend modifiziert werden, daß für "positive, aktive Verleugner" "Optimismus", für die Patienten, die eher "fliehen" und überwiegend negative Aspekte sehen, eine "latente Gereiztheit" angenommen wird.

3. Letztlich ist Ziel der Arbeit, aufgrund der festgestellten unterschiedlichen Effektivität von Strategien Aussagen darüber treffen zu können, welche Strategien gefördert, bzw. verändert werden sollten. Mit anderen Worten: Es besteht die Hoffnung, Therapieziele und Handlungsanweisungen ableiten zu können, sowie auch eventuell Präventionsvorschläge treffen zu können.

2. Methodologische Vorüberlegungen

Im vorgehenden Abschnitt wurden die der empirischen Untersuchung zugrundeliegenden Erwartungen und Ziele expliziert. Hier soll kurz das methodische Konzept, auf dem die Untersuchung beruht, dargestellt werden. Im Vorwort zum theoretischen Teil war bereits darauf hingewiesen worden, daß nicht "Persönlichkeits-Eigenschaften", z.B. in Form von psychiatrischen Störungen, sondern "Bewältigungsstrategien", "Kompetenzen" erfaßt werden sollen, ein Vorhaben, das sich auch in der Wahl der im Theorieteil dargestellten Ansätze niederschlug.

Methodisch führt dieses Vorhaben zu folgender Konsequenz: SOMMER (1977) weist darauf hin, daß die in der klassischen Diagnostik eingesetzten Tests meist Aussagen über sehr allgemeine Konstrukte versuchen, die sich im konkreten Verhalten nur schwer, manchmal gar nicht wiederfinden lassen; daß diese Tests von einer zweifelhaften Konstanz menschlichen Verhaltens ausgehen und dessen situative Bedingungen nicht berücksichtigen und beides dazu führt, daß sich aus der diagnostischen Erhebung kaum konkrete Handlungsweisen für den Therapeuten ableiten lassen.

Dem stellen sie den an das verhaltensanalytische Modell angelehnten Ansatz von GOLDFRIED und D'ZURILLA (1969) entgegen, der die vorn genannten Mängel vermeidet.

"Kompetenz" wird von GOLDFRIED und D'ZURILLA als

" ... effective functioning within one's environment"
(GOLDFRIED und D'ZURILLA, 1969, S. 155),

bzw. als

" ...effectiveness or adequacy with which an individual
is capable of responding to the various problematic
situations which confront him"
(ebda. S. 161)

verstanden.

Diese Definitionen decken sich (in dieser Allgemeinheit) mit dem dieser Arbeit zugrundeliegenden theoretischen Konzept. Die weiteren Ausführungen von GOLDFRIED und D'ZURILLA stellen eine Konkretisierung des Kompetenz-Modells auf methodischem Gebiet dar. GOLDFRIED und D'ZURILLA nennen fünf Schritte, die nach ihrer Meinung zur Entwicklung von adäquaten Meßinstrumenten führen. Im wesentlichen umfassen diese die Sammlung und Kategorisierung von Situationen, mit denen ein kompetentes Individuum in einer spezifischen Umgebung erfolgreich umgehen können muß; die Sammlung möglicher Verhaltensweisen für Situationen, die sich als relevant und für viele problematisch erweisen; eine Bewertung der ermittelten Verhaltensweisen bezüglich ihrer Effektivität durch "Experten". Die Ergebnisse dieser drei ersten Schritte werden Diagnostikern zur Verfügung gestellt, die ihre Probanden mit den relevanten Situations-Items konfrontieren und deren Verhalten anhand von direkter Beobachtung, Rollenspiel oder schriftlicher oder mündlicher Beschreibung des üblichen Verhaltens registrieren und auf Basis der erstellten Kriterien bewerten. Als letzten Schritt geben GOLDFRIED und D'ZURILLA die Ermittlung von Validität und Reliabilität, sowie Standardisierung des so geschaffenen Meßinstrumentes an, was SOMMER allerdings als eine unangemessene Orientierung an den Kriterien traditioneller Diagnostik erscheint. Die ersten drei Schritte sind relevant für das konkrete Vorgehen innerhalb dieser Arbeit. Es sollen ver-

schiedene Verhaltensmöglichkeiten in zu bestimmenden kritischen Situationen gesammelt und diese mit "Erfolgskriterien" in Bezug gesetzt werden. Das bedeutet, einerseits Instrumente einzusetzen, die dazu dienen, Strategien des Umgangs mit Krankheit in spezifischen Situationen zu erfassen, andererseits solche, die der Bewertung der Effektivität solcher Strategien dienen.

GOLDFRIED und D'ZURILLA schlagen vor, die Bewertung der Handlungsprozesse durch "signifikante andere" vornehmen zu lassen, d.h. durch solche Personen, die häufig Kontakt mit den Betroffenen haben, die eine wichtige Rolle in der Beurteilung spielen und deren Urteil vermutlich respektiert wird. Dagegen stellen GAUS und KÖHLE (1979) fest, daß

"Eine gute und erfolgreiche Anpassung ein theoretisches Konstrukt(ist), das ähnlich vage ist wie die Begriffe der Normalität und Gesundheit"
(GAUS und KÖHLE, 1979 a, S. 746)

und zählen eine Reihe Kriterien aus sehr unterschiedlichen Bereichen auf. Insbesondere nennen sie als Kriterien das Auftreten von Verstimmungszuständen und psychopathologischen Phänomenen, sowie objektiv meßbare physiologische Indikatoren und somatische Reaktionen.

Ohne die in dieser Arbeit verwendeten Instrumente detailliert darzustellen (dies geschieht im folgenden Abschnitt) sollen diese hier kurz genannt werden. Zur Bestimmung der Konsequenzen der Bewältigungsstrategien sollen folgende Kriterien verwandt werden: Zunächst die von den Betroffenen selbst, sowie vom betreuenden Arzt eingeschätzte "Zufriedenheit/Ausgeglichenheit" und die "Fähigkeit, die Krankheit zu bewältigen". Hier wird eine Bewertung durch einen "Experten" vorgenommen, andererseits kommen die Betroffenen selbst zu Wort, eine Erweiterung, die vor allem von KAISER (1977) gefordert wird. Diese Items sollen das "psychische Befinden" der Patienten näher bestimmen.

Zum zweiten sollen somatische Störungen als Kriterium dienen, die jedoch nicht mittels der Messung physiologischer Indikatoren bestimmt werden. Diese sollen dagegen einerseits über die "Beschwerdenlisten" erfaßt werden, in die wieder stark die subjektive Bewertung durch die Betroffenen selbst eingeht; zum anderen werden sie mittels einer "Liste somatischer Kriterien" erfaßt, die vom behandelnden Arzt auf Basis der von ihm im letzten halben Jahr diagnostizierten Komplikationen ausgefüllt wird. Auch dies ist wieder ein "Expertenurteil" in das hier jedoch eher "objektiv" erhobene Informationen als Werturteile eingehen. Weiterhin wird die von den Patienten angegebene Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten zur Schmerzhemmung und zur Beruhigung als zusätzlicher Indikator für somatische und psychische Probleme herangezogen.

Alle Angaben beziehen sich, mit Ausnahme der durch die Beschwerdenlisten erhobenen, auf den Zeitraum des letzten halben Jahres, um den Beurteilungszeitraum zu vergrößern und damit zu objektivieren.

Auf die Schwierigkeit, gerade bei Dialysepatienten festzustellen, wo durch die reale Grunderkrankung direkt psychische und somatische Störungen hervorgebracht werden, wo diese dagegen über die Streßreaktion vermittelt entstanden sind, wurde bereits an anderer Stelle aufmerksam gemacht. Wenn signifikante Zusammenhänge zwischen Bewältigungsarten und Häufigkeit und Art von Komplikationen festgestellt werden, würde dies jedoch (unter der Annahme der gleichen Ausprägung der Grunderkrankung) dafür sprechen, daß hier psychisch vermittelte Streßphänomene eine Rolle spielen.

Zur Erfassung der Bewältigungsstrategien werden insgesamt drei Instrumente eingesetzt. Zunächst zwei "klassische" Fragebögen, von denen einer die "Internale versus Externale Zuschreibung von Kontrolle" zu erfassen sucht, der andere die Dimension "Repression-Sensitization". Diese unterscheiden sich trotz glei-

cher Konstruktion von anderen Fragebögen insofern, als sie weniger zugrundeliegende Eigenschaften, als Strategien des Umgangs erfassen; sie stehen dem Kompetenzmodell also relativ nahe und die gemessenen Dimensionen lassen sich, wie im Theorieteil geschehen, als Teilaspekte in das "allgemeine Modell der Bewältigung" einordnen. In der Systematik von GOLDFRIED und D'ZURILLA nehmen die Betroffenen eine Selbstbeschreibung vor. Von der beschriebenen Strategie wird angenommen, daß sie in allen Situationen auftritt, also eine allgemeine Art des Umgangs charakterisiert.

Anders ist dies bei dem dritten eingesetzten Instrument, einem selbstentwickelten Interview-Leitfaden. Dort sind bestimmte Konflikt-Situationen systematisiert, von denen angenommen wird, daß sie für chronisch Kranke, insbesondere Dialysepatienten relevant sind. Diese Situationen dienen dazu, Patienten zu Selbstbeschreibungen ihres sonst üblichen Verhaltens zu veranlassen, zum anderen wird aber auch direkt im Interview ihre Reaktion auf bestimmte Konflikte beobachtet. Dieses Instrument wird den Forderungen von GOLDFRIED und D'ZURILLA, zumindest bezüglich den ersten drei Stufen, am meisten gerecht.

Im folgenden Abschnitt sollen die einzelnen Instrumente noch etwas ausführlicher beschrieben werden.

3. Untersuchungsdurchführung

3.1. Untersuchungsinstrumente

Wie im vorigen Abschnitt dargestellt, lassen sich die eingesetzten Instrumente danach unterscheiden, ob sie der Erfassung von Bewältigungsstrategien oder der Bestimmung einer "erfolgreichen" Bewältigung dienen. Zusätzlich wurde ein Psychosozialer Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Variablen eingesetzt. Von allen Instrumenten befindet sich ein Exemplar im Anhang, in der Reihenfolge der Darstellung hier im

Text. Zuerst soll der Psychosoziale Fragebogen kurz erläutert werden, dann die Instrumente zur Erfassung der Bewältigungsstrategien, zum Abschluß die zur Bestimmung der Erfolgskriterien.

1. Psychosozialer Fragebogen

Es handelt sich hier um einen selbstkonstruierten Fragebogen, der neben den üblichen soziodemographischen Variablen dialysespezifische Variablen zu erfassen sucht, wie z.B. die Frage nach dem ersten Zeitpunkt der Dialyse oder die nach mißlungenen Transplantationsversuchen. In der Art der Fragen ist weiterhin berücksichtigt, daß es sowohl berufstätige wie berentete Patienten, sowie Umschuler gibt. Insgesamt enthält der Fragebogen 44 Items, die entweder durch Ankreuzen oder durch Einsetzen einer Zahl zu beantworten sind.

2. Fragebogen zur Erfassung der Internalen-Externalen Kontrolle

Eine Darstellung der diesem Fragebogen zugrundeliegenden Theorie und eine Einordnung dieses Ansatzes in das "allgemeine Modell der Bewältigung" erfolgte im Theorieteil im Abschnitt 1.5. Der Ursprung dieser Theorie findet sich bei ROTTER (1954). 1966 konstruierte ROTTER den Fragebogen auf der Grundlage eines bereits existierenden Fragebogens zur Erfassung individueller Differenzen in der Variablen "Generalisierte Erwartungen auf internale-externale Kontrolle", der sogenannten James-Phares-Skala (JAMES und PHARES, 1957, zit. nach ROTTER, 1966). ROTTER (1966) wählte die Items aus den Bereichen "Leistung", "Zuneigung" und "Allgemeine soziale und politische Einstellungen", meinte aber, daß die Skala Internalen-Externale Kontrolle (im weiteren als I-E-Skala abgekürzt) ein eindimensionales Instrument sei. Eine Faktorenanalyse von FRANKLIN (1963, zit. nach ROTTER, 1966) ergab auch, daß alle Items signifikant auf einem generellen Faktor laden. Es gibt dagegen eine Reihe von Untersuchungen (siehe hierzu ausführlicher RUPPELT und SANDMANN, 1979), die diesem Ergebnis widersprechen. Hier sollen

nur die von CHERLIN und BOURQUE (1974) und die von MIRELS (1970, zit. nach CHERLIN und BOURQUE, 1974) genannt werden, die beide neben einem Faktor "Generelle Kontrolle" einen Faktor "politische Kontrolle" fanden. Demnach wären die Aussagen dieser Skala doch nicht für alle Bereiche gleichermaßen gültig.

ROTTER (1966) berechnete für die Items der I-E-Skala einen mittleren Korrelationskoeffizienten von 0.22 zur Skala zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit von CROWNE und MARLOWE (1964, zit. nach ROTTER, 1966). Internale Einstellungen sollen dabei in Zusammenhang mit einem Verhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit stehen.

RUPPELT und SANDMANN (1979) weisen darüber hinaus darauf hin, daß in der I-E-Skala die "traditionelle amerikanische Ideologie durchschimmert", d.h. diese steht verschiedenen politischen Überzeugungen unterschiedlich nahe.

" Konservative Standpunkte, auch die 'protestantische Ethik' decken sich in weitem Maße mit der genannten amerikanischen Ideologie, die in den o.g. genannten Antwortalternativen deutlich durchscheint."

(RUPPELT und SANDMANN, 1979, S. 265)

Personen, die meinen, daß die Lebenschancen gesellschaftlich determiniert seien, daß die gesellschaftlichen Bedingungen häufig die Entwicklung des Potential eines Menschen nicht zuließen, werden einen Wert in Richtung "Externaler Kontrolle" erhalten.

Zur Validierung der Skala wurde neben der Korrelation mit bereits existierenden Fragebögen zum gleichen Gegenstand die Korrelation mit aus der Sozialen Lerntheorie von ROTTER abgeleiteten Verhaltens-Kriterien herangezogen. Hier seien nur zwei Kriterien erwähnt. In die endgültige Skala wurden von ROTTER (1966) nur die Items aufgenommen, die entweder mit Interessenäußerungen von Tuberkulose-Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes korrelierten (Aktives Verhalten entspricht Internaler Kontrolle) und/oder mit Er-

wartungsäußerungen von Vpn in einer Laboraufgabe (Internal vs. external).

Die Überprüfung des Einflusses von soziodemographischen Variablen ergab, daß sich Frauen (in einigen Untersuchungen signifikant) mehr external kontrolliert fühlen. Das gleiche gilt für jüngere Personen bis etwa 30 Jahre. Danach ist die Einschätzung altersabhängig. Von einigen Autoren wurde darüberhinaus eine höhere Ausprägung von Internaler Kontrolle bei höherem sozioökonomischen Status und/oder Bildungsgrad festgestellt.

In der innerhalb dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung wurde eine deutsche Übersetzung der I-E-Skala eingesetzt, die von U. PIONTKOWSKI zur Verfügung gestellt wurde. Es handelt sich um eine unveränderte Übertragung der ursprünglichen amerikanischen Fassung in die deutsche Sprache.

Die Skala besteht aus 29 Itempaaren. Davon stellen 6 nur sogenannte "filler" dar, die die Absicht des Tests etwas verschleiern sollen. Die übrigen Itempaare sollen je zwei gegensätzliche Einstellungen bezüglich der Kontrollmöglichkeiten hinsichtlich allgemeiner oder spezieller Sachverhalte wiedergeben. Die Pbn müssen sich also zwischen zwei Alternativen entscheiden.

Jede externale Antwort wird mit einem Punkt bewertet; je höher der Punktwert also ist, um so stärker ist die Ausprägung der Erwartung auf Externale Kontrolle.

Von RUPPELT und SANDMANN wurden im Rahmen ihrer Diplomarbeit unter Verwendung der gleichen deutschen Fassung 259 Personen befragt und Normwerte für deutsche Verhältnisse erstellt. Sie fanden für die Gesamtstichprobe ein $\bar{x}$ von 10.4 und ein s von 4.25. Für die männlichen Pbn betrug das $\bar{x}$ = 9.9, das s = 4.5, für die weiblichen ergab $\bar{x}$ = 10.9, s = 4.0.

Von der Verfasserin dieser Arbeit wurden anhand der Ergebnisse der Gesamtstichprobe die äußeren Quartile berechnet und so die Grenzwerte für die Zuschreibung

von Internaler bzw. Externaler Kontrolle festgesetzt.
Es ergab sich:

≤ 7	= Internale Kontrolle
8 - 13	= Mittelgruppe
≥ 14	= Externale Kontrolle

3. Fragebogen zur Erfassung der Repression-Sensitization

Eine sehr ausführliche Darstellung des dieser Skala zugrundeliegenden Konzepts und dessen Einordnung in das "Allgemeine Modell der Bewältigung" befindet sich im theoretischen Teil in Abschnitt 1.5. dieser Arbeit und soll hier nicht wiederholt werden.

Nach ersten experimentellen Untersuchungen (z.B. BRUNER und POSTMAN, 1947) wurden in der Folge verschiedene MMPI-Skalen und Skalen-Kombinationen als Indikatoren für Repression-Sensitization herangezogen. Im Unterschied zu anderen Autoren erhob BYRNE (1961) für seinen ebenfalls auf Basis von MMPI-Skalen entwickelten Fragebogen den Anspruch, daß dieser auch bei klinisch unauffälligen Pbn valide Unterscheidungen treffen könne. Von KROHNE (1974) wurde eine deutsche Form dieser Skala entwickelt und 279 männlichen und weiblichen Oberschülern und Studenten im Alter von 16 - 28 Jahren dargeboten. (Es handelte sich also um eine relativ spezielle Stichprobe.) Ausgangspunkt der deutschen Version waren die 127 Items der von BYRNE et al. (1963) revidierten Skala unter Zugrundelegung der Item-Übersetzungen des MMPI-Saarbrücken (SPREEN, 1963). Aufgrund von Item-Analysen wurde die Skala auf 106 Items verkürzt, die mit "Richtig" oder "Falsch" beantwortet werden können. Die Auszählung erfolgt in Richtung Sensitization; je höher also der Punktwert, um so stärker die Ausprägung in Richtung Sensitization.

Die auf 106 Items verkürzte Skala wurde weiteren 269 männlichen und 201 weiblichen Pbn (ebenfalls Oberschüler und Studenten) dargeboten und folgende Mittelwerte

und Streuungen errechnet: Die männlichen Pbn hatten einen $\bar{x}$ von 34.57 und ein s von 17.82; die weiblichen ein $\bar{x}$ von 38.22 und ein s von 17.83. (Bei den weiblichen Pbn ist die Sensitization also stärker ausgebildet.)

Ausgehend von einem Mittelwert der Gesamtstichprobe von "ungefähr 37" und einer Streuung von "ungefähr 17", berechnete KROHNE (1974) die äußeren Quartile und stellte damit die folgenden Grenzwerte fest:

≤ 25	= Represser
26 - 48	= Mittelgruppe
≥ 49	= Sensitizer

4. Interview-Einschätzverfahren zur Feststellung der Coping-Strategien

Im selbstkonstruierten Interview-Leitfaden zur Erfassung der Coping-Strategien finden die Überlegungen des Theorie-Teils (insbesondere von Abschnitt 1.6. Zusammenfassung), wie auch die methodologischen Vorüberlegungen, insbesondere das Modell der "Kompetenz-Messung" von GOLDFRIED und D'ZURILLA ihren Niederschlag. GOLDFRIED und D'ZURILLA fordern die Sammlung und Kategorisierung von speziellen problematischen Situationen, von darauf folgenden möglichen Verhaltensweisen und die Bewertung der Konsequenzen dieser Verhaltensweisen.

Die Systematisierung und Kategorisierung der relevanten Situationen für den Interview-Leitfaden erfolgte in Anlehnung an ein Modell von MOOS (1977). Dieser hat die wesentlichen Aufgaben zusammengestellt, mit denen, nach seiner Meinung, somatisch Kranke konfrontiert werden. Er unterscheidet dabei "Illness related tasks" und "General Tasks", die jeder Krisensituation zugrundeliegen. In der Übersetzung stellen sich diese folgendermaßen dar (Abb. 8).

Abb. 8: Anforderungen aufgrund somatischer Krankheit
nach MOOS

Krankheitsspezifische

1. Umgang mit Schmerz und Entmündigung
2. Umgang mit der Umgebung im Krankenhaus und speziellen Behandlungsprozeduren
3. Entwicklung angemessener Beziehungen zum professionellen Personal

Allgemeine

4. Erhalt einer angemessenen emotionalen Balance
 5. Erhalt eines befriedigenden Selbstbildes
 6. Erhalt der Beziehungen zu Familie und Freunden
 7. Vorbereitung auf eine ungewisse Zukunft
- (Zitiert nach MOOS, 1977, S. 9)

Wie man sieht, decken sich diese Bereiche teilweise mit Ausführungen im theoretischen Teil dieser Arbeit.

Für den Interview-Leitfaden wurde diese Einteilung weitgehend übernommen, die Aspekte z.T. etwas anders kombiniert und für die Situation von Dialysepatienten konkretisiert, sowie in zwei Punkten erweitert.

Es ergaben sich die folgenden Bereiche:

1. Informationsaufnahme; 2. Bedeutung der Krankheit - emotionale Balance; 3. Selbstbild - Kompetenzgefühl;
4. Zukunftsorientierung - Umgang mit dem Funktionsverlust - Umgang mit der Ungewißheit; 5. Beziehung zu Partner - Familie - Verwandten und Bekannten;
6. Erleben der Therapie - des Dialysegerätes; 7. Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal; 8. Einschätzung des Verhaltens des Patienten während des Interviews.

Zur Systematisierung der zu erfassenden Strategien wurden die Ausführungen des Theorieteils, insbesondere von Abschnitt 1.6. "Zusammenfassung" herangezogen.

Es wurden die folgenden Aspekte voneinander unterschieden, die sich durch die verschiedenen Bereiche hindurchziehen:

Art des Handelns/Art des Denkens; Mit anderen reden/
Äußern von Gefühlen/Offenheit; Einschätzen/Bewerten.

Hierauf wird in Teil IV im Abschnitt 2.2.1.2.2. "Clusteranalyse der Variablen" noch weiter eingegangen werden. Zusätzlich wurde in das Interview die Beurteilung der "Gestimmtheit/Emotionales Befinden" aufgenommen, obgleich dies, wie im Theorieteil ausgeführt, nicht Bestandteil des Bewältigungsprozesses ist, sondern diesen begleitet, sein Resultat darstellt. Diese Kategorie wurde hier dennoch aufgenommen, da den verschiedenen Strategien vorn eine bestimmte dominierende Emotion zugeordnet wurde und die ergänzende Einbeziehung dieses Aspektes eventuell dazu dienen kann, Strategien besser voneinander zu unterscheiden.

Den Aspekt der "Realitätsangemessenheit" zu messen, setzt eine Konfrontation der Selbsteinschätzung mit äußeren, "objektiv" meßbaren und/oder mit von anderen vorgenommenen Beurteilungen voraus. Innerhalb dieses Interviews wird die "Realitätsangemessenheit", zumindest was die Krankheit direkt betrifft, über das Ausmaß an "Informiertheit über die eigene Krankheit" erfaßt.

Es wurde bereits in Abschnitt 2. dieses Teil III darauf hingewiesen, daß zwischen solchen Items des Interviews zu unterscheiden ist, die den Pbn zu einer Selbstbeschreibung seines sonst üblichen Verhaltens anregen, und solchen die die Patienten direkt mit einer Problemsituation konfrontieren und zu einer aktuellen Auseinandersetzung veranlassen. Beide Alternativen werden vom Interview-Leiter jeweils anhand festgelegter Skalen geratet.

Insgesamt umfaßt der Interview-Leitfaden 108 Items in acht Bereichen, deren Ausprägung (mit einer Ausnahme) jeweils auf einer fünf-stufigen Skala von "Ja" oder "Sehr häufig/nur" (1) bis "Nein" oder "Sehr selten/nie" (5) vom Interviewer eingeschätzt werden. Zum weiteren Kennenlernen der einzelnen Items sei auch hier auf das Exemplar im Anhang verwiesen.

5. und 6. Skalen zur Einschätzung durch den Arzt und zur Selbsteinschätzung des Patienten

Diese Skalen wurden ebenfalls für diese Untersuchung entwickelt. Wie im vorigen Abschnitt bereits dargestellt dienen diese der Beurteilung der emotionalen Gestimmtheit, die durch die Aspekte "Ausgeglichenheit/Zufriedenheit" indiziert wird. Weiterhin wird die "Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit" eingeschätzt. Beide Beurteilungen werden einmal vom behandelnden Arzt als einem "Experten", zum anderen von den Patienten selbst vorgenommen. Es handelt sich hier um Kriterien, die das psychische Befinden erfassen. Die subjektiven Bewertungsprozesse spielen bei diesen Beurteilungen eine wichtige Rolle; es ist zu vermuten, daß vor allem die Variable der "Sozialen Erwünschtheit" einen großen Einfluß hat.

Bei den Skalen handelt es sich um je zwei Aussagen, die Arzt und Patienten jeweils auf einer fünf-stufigen Skala von Ja (1) bis Nein (5) annehmen oder ablehnen können.

7. Skalen zur Messung des Medikamentenverbrauchs

Als ein weiteres Kriterium "erfolgreicher Bewältigung" werden drei für diese Untersuchung erstellte Skalen zur Bestimmung der Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln herangezogen. Diese Medikamente können das Befinden durch eine Senkung des Erregungsniveaus bzw. eine Erhöhung der Schmerzschwelle verbessern und so den Umgang mit belastenden Ereignissen im psychischen und somatischen Bereich erleichtern. Man kann daraus umgekehrt schließen, daß diejenigen, die die meisten Medikamente der genannten Art einnehmen, diese Entlastung auch am meisten brauchen. Dabei ist nicht eindeutig zu entscheiden, ob Patienten mit hohem Verbrauch tatsächlich mehr Komplikationen haben, oder diese nur weniger gut aushalten können. Dies kann letztlich nur durch Inbezugsetzung mit der Häufigkeit von "objektiv" bestimmten Komplikationen entschieden werden. Man kann aber in

jedem Fall davon ausgehen, daß eine subjektive Bewertungs-Komponente mit eingeht, die den Zeitpunkt mitbestimmt, ab dem Erregungs- und Schmerzzustände als nicht mehr tolerierbar empfunden werden.

Auch der Medikamentenverbrauch wird in Hinblick auf das letzte halbe Jahr erfragt. Die Patienten beantworten dies jeweils auf einer Skala, die über verschiedene Zwischenstufen von "Täglich" (1) bis "Gar nicht" (6) reicht.

8. Beschwerdenliste

Die in dieser Arbeit eingesetzten Beschwerdenlisten B-L, B-L' und B-L⁰ stellen eine Fortentwicklung der Beschwerdenliste dar, die 1960 von v. ZERSSEN und NÜRNBERGER zur Objektivierung und standardisierten Erfassung der subjektiven Symptomatik von Patienten einer internistischen Ambulanz entwickelt wurde. Die von v. ZERSSEN (1976) weiterentwickelte Liste stimmt inhaltlich mit der HHM-Beschwerdenliste überein, die Items wurden jedoch auf zwei Parallelförmigkeiten B-L und B-L' (je 24 Items) und auf den Ergänzungsbogen B-L⁰ (17 Items) aufgeteilt und die ursprünglich einfach alternativen Beantwortungs-Kategorien differenziert. Diese überarbeitete Form wurde gewählt, da für die Skalenwerte von B-L und B-L' Normwerte einer größeren Eichstichprobe vorliegen. (Für B-L⁰ liegen dagegen keine Normwerte vor.) Weiterhin veröffentlichte v. ZERSSEN auch Vergleichswerte klinischer Stichproben.

v. ZERSSEN publizierte nicht nur Mittelwerte und Streuungen für die Gesamtwerte des Tests, sondern auch für die Items der Listen B-L und B-L', die vorwiegend somatische, aber auch psychische Beschwerden umfassen. Dies ist von besonderem Interesse, da nicht nur die Intensität der Beschwerden bei den befragten Dialysepatienten interessiert, sondern auch deren inhaltliche Ausprägung.

Auch bei diesem Kriterium einer "erfolgreichen Bewältigung" geht sowohl eine objektive Komponente, das tatsächliche Ausmaß von Komplikationen, wie auch eine

subjektive, die unterschiedliche Bewertung solcher Komplikationen, mit ein. Ein Patient bewältigt also dann erfolgreich, wenn bei ihm wenige (oder keine) Störungen auftreten und/oder er diese als wenig (oder nicht) belastend empfindet.

Wie bereits erwähnt bildete v. ZERSSEN drei Listen, die in dieser Untersuchung alle eingesetzt wurden. Die Items können in einer Abstufung von "Stark" (3) bis "Gar nicht" (0) beantwortet werden. Je höher also der Gesamtwert, um so höher die Beschwerden.

Für B-L und B-L' veröffentlichte v. ZERSSEN je einen Mittelwert von 14.26 mit einer Streuung von 10.75 bzw. 10.74. v. ZERSSEN legte kritische Rohwerte für den "fraglich abnormen" und den "abnormen" Bereich fest. Aufgrund der durchschnittlich höheren Beschwerdezahl der Frauen unterscheidet er zwischen kritischen Rohwerten für die Gesamtstichprobe und für die geschlechtsgetrennten Stichproben. Den einheitlichen Maßstab sollte man nach seiner Meinung anlegen, wenn man davon ausgeht, daß Frauen tatsächlich häufiger oder stärker erkranken.

Folgende Grenzwerte legte er fest:

	Fraglich abnorm	Abnorm
Gesamt	22 - 27	> 27
Männer	19 - 24	> 24
Frauen	24 - 29	> 29

9. Standardisierte Liste somatischer Kriterien für RDT-Patienten und deren Erweiterung

Die standardisierte Liste somatischer Kriterien (LSK) wurde von STRAUCH et al. (1977) vorgestellt. Sie wurde von ihnen zur standardisierten und objektivierten Erfassung des somatischen Zustandes von Patienten im Terminalstadium der chronischen Niereninsuffizienz entwickelt. Einen Vorläufer hat dieses Instrument in ei-

ner von KENNEDY et al. (1969) dargestellten Liste. STRAUCH et al. sehen die Vorteile ihres Instrumentes darin, daß die einzelnen Kriterien von 100 Ärzten gewichtet wurden und ihnen jeweils ein Gewicht, in Form des Median, zugeordnet wurde. Einen weiteren Vorteil sehen sie darin, daß in ihre Liste nur objektiv erhebbare Daten, nicht aber subjektive Beschwerden, wie etwa "Juckreiz" aufgenommen wurden. Die Liste enthält solche Komplikationen und Meßwerte, die sich als besonders relevant für den speziellen somatischen Zustand von Dialysepatienten herausgestellt haben. Inhaltlich wurden diese im Abschnitt II 2.1. "Die Situation der Dialysepatienten" ausgeführt. Die Liste umfaßt 54 Items in 23 Kategorien, die in der Ausprägung Ja (1) oder Nein (2) auftreten können. Die Gewichte der mit "Ja" beantworteten Items werden addiert und durch Division durch die Anzahl der Kategorie n der Rohwert errechnet. STRAUCH et al. (1977) veröffentlichten die folgenden, an 26 Patienten gewonnenen Mittelwerte:

Bezeichnung der Kollektive	$\bar{x}$
Guter körperlicher Allgemeinzustand	97.5
Schlechter körperlich. Allgemeinzust.	139.0
Alter: 20 - 50 Jahre	99.0
Alter: 51 - 72 Jahre	124.0

Von Frau Dr. STRAUCH-RAHÄUSER wurde der Verfasserin dieser Arbeit freundlicherweise ein Exemplar der LSK zur Verfügung gestellt. Im Unterschied zum Vorgehen von STRAUCH et al. wurde diese Liste in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht nur bezüglich des aktuellen Zustandes, sondern in Bezug auf den Zeitraum des letzten halben Jahres ausgefüllt, um die Aussagen nicht auf einen zufälligen Moment zu beschränken. Die Komplikationen wurden mit "Ja" beantwortet, wenn sie im letzten halben Jahr zumindest ein Mal aufgetreten waren, für die Meßwerte wurde der Mittelwert des letzten halben Jahres gebildet.

Im Gegensatz zu STRAUCH et al. schien der Verfasserin dieser Arbeit weiterhin gerade die Aufnahme solcher Kriterien sinnvoll, die streßbedingt sein könnten, obgleich diese zum Teil nicht völlig objektiv erhoben werden können. Es wurden daher aus der Literatur und in Diskussionen mit den Ärzten des Dialyse-Zentrums solche Komplikationen gesammelt, bei denen eine Vermittlung durch Streß angenommen werden kann. Die so gefundenen 11 Items wurden von 5 Ärzten hinsichtlich ihres Gewichtes geratet und der Median als Gewicht festgelegt. Die Rater-Übereinstimmung betrug zwischen 60 und 100 %. Die Art der aufgenommenen Items und ihre Gewichtung ist dem Exemplar im Anhang zu entnehmen. Die Beantwortung erfolgt ebenfalls einfach alternativ, allerdings wurden die Items "Juckreiz", "Dysäquilibrium", "Kopfschmerzen", "Magen-Darm-Beschwerden" und "Infektionskrankheiten" auf Anraten des leitenden Arztes nur mit "Ja" beantwortet, wenn sie im letzten halben Jahr mindestens drei Mal aufgetreten waren. Der Rohwert der Liste wird entsprechend dem der LSK gebildet.

Neben den Rohwerten interessiert auch hier, wie bei den Beschwerdenlisten, die inhaltliche Ausprägung der Komplikationen und Meßwerte. Hier gibt es allerdings keine Vergleichswerte.

Beide Listen werden vom behandelnden Arzt anhand der Daten der Krankenblätter für den Zeitraum des letzten halben Jahres ausgefüllt.

In den Krankenblättern sind die Ergebnisse der in 6-wöchigen Abständen stattfindenden Routine-Untersuchungen festgehalten.

3.2. Untersuchungsrahmen

Die Untersuchung wurde mit Unterstützung des leitenden Arztes in dem der Universität Münster angeschlossenen Dialysezentrum in Greven durchgeführt. Von diesem Zentrum wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung 112 Pa-

tienten betreut; davon waren etwa 75 % Heimdialysepatienten, die anderen führten eine Limited-Care-Dialyse im Zentrum durch. Reine Klinik-Dialyse findet nicht statt.

Alle Patienten werden in etwa 6-wöchigen Abständen von den betreuenden Ärzten routinemäßig untersucht und haben somit regelmäßigen Kontakt zum Zentrum. Dieser ist bei Limited-Care-Patienten natürlich sehr viel häufiger.

Das Kriterium, seit mindestens einem Jahr Dialysepatient zu sein, erfüllten zum Zeitpunkt der Untersuchung 91 Patienten. Dieses Kriterium wurde angelegt, um zu große Unterschiede zwischen den Patienten auszuschließen: Patienten, die ganz neu an der Dialyse sind, haben sicher noch andere Probleme als diejenigen, die schon eine gewisse Erfahrung damit haben.

Von den 91 Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 66 Männer, 25 Frauen; 22 der männlichen und 11 der weiblichen Patienten führten eine Limited-Care-Dialyse durch.

3.3. Gewinnen der Stichprobe

Ziel war es, etwa 60 Patienten zur Mitarbeit zu gewinnen. Diese Stichprobe sollte in ihrer Zusammensetzung möglichst repräsentativ für das gewählte Zentrum sein, d.h. sie sollte sich prozentual entsprechend der oben genannten Zahlen aus Männern und Frauen, bzw. Heimdialyse- und Limited-Care-Patienten zusammensetzen. Per Zufall (jede 15te Person aus der alphabetisch geordneten Patientenliste wurde gestrichen) wurden 75 Patienten festgelegt und nach ihrer Bereitschaft gefragt, vor oder nach ihrer Routine-Untersuchung bzw. nach der Limited-Care-Dialyse im Zentrum, an einer psychologischen Untersuchung teilzunehmen.

Nur 8 Patienten lehnten eine Teilnahme ab; alle anderen waren zu einer Teilnahme bereit. Es wurden die 60 Patienten in die Untersuchung aufgenommen, die aufgrund des Termins ihrer Routine-Untersuchung früher verfügbar waren.

3.4. Ablauf der Untersuchung

Die Untersuchung fand von Mitte Oktober bis Ende November 1979 statt. Die Patienten wurden vor oder anschließend an ihre Routine-Untersuchung, bzw. einige Limited-Care-Patienten nach ihrer Dialyse, von der Verfasserin dieser Arbeit befragt.

Die Untersuchungen dauerten zwischen 1 und 2 1/2 Stunden, im Schnitt etwa 1 1/2 Stunden. Nach einer kurzen Einführung füllten die Patienten zunächst die Fragebogen zur Selbstbeurteilung, zum Medikamentenverbrauch und die Beschwerdenlisten aus. Anschließend beantworteten sie den Psychosozialen Fragebogen und die Skalen "Repression-Sensitization" sowie "Internale-Externale Kontrolle". Danach wurde das halbstrukturierte Interview durchgeführt, das ungefähr immer die Hälfte der Zeit, zum Teil etwas mehr, in Anspruch nahm.

Vom leitenden Arzt des Dialyse zentrums wurden jeweils in der gleichen Woche für die einzelnen Patienten die "Liste somatischer Kriterien" und deren Erweiterung anhand der Protokolle des letzten halben Jahres bis zum Zeitpunkt der Untersuchung ausgefüllt. Außerdem ratete er "Zufriedenheit/Ausgeglichenheit" und "Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung" der Patienten, ebenfalls im Hinblick auf das Verhalten im letzten halben Jahr.

4. Statistische Auswertung und eingesetzte Verfahren

Nach Übertragung der Daten auf Lochkarten wurden die Rechenarbeiten im Rechenzentrum der Universität Münster durchgeführt. Es wurden die gebräuchlichen Verfahren der deskriptiven und der Prüfstatistik, sowie korrelationsstatistische Verfahren benutzt. Darüberhinaus wurden zwei Clusteranalysen, eine über Variablen, eine über Personen, sowie eine Diskriminanzanalyse gerechnet.

Die Programme hierzu wurden dem SPSS-Programmpaket (NIE et al., 1976) entnommen.

Das Programm zur Clusteranalyse der Variablen sowie zur Durchführung der Diskriminanzanalyse wurde freundlicherweise von Herrn Dr. Steinhausen (Rechenzentrum der Universität Münster) zur Verfügung gestellt. Nähere Einzelheiten zur Auswertung befinden sich jeweils zu Beginn der Kapitel oder Abschnitte.

KAPITEL IV ERGEBNISSE UND DISKUSSION

1. Beschreibung der Stichprobe

1.1. Fragestellung und Methodik

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der sozialstatistischen Analyse dargestellt. Dies dient der Charakterisierung der untersuchten Stichprobe unter soziologischen Gesichtspunkten. Zusätzlich soll die hier befragte Population in einigen Punkten auf ihre Repräsentativität untersucht werden.

Zur Beschreibung der Stichprobe werden Häufigkeitsverteilungen sowie z.T. Mittelwerte und Streuungen herangezogen; für die Prüfung einiger Stichprobenmerkmale auf ihre Repräsentativität wird der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

1.2. Ergebnisse

1.2.1. Dialysesetting und Geschlecht

In Tab. 1 ist die Verteilung der Patienten nach Dialysesetting und Geschlecht dargestellt.

Die Untersuchungs-Stichprobe ist hinsichtlich ihrer Zusammensetzung nach Dialysesetting und Geschlecht völlig repräsentativ für das Dialysezentrum, aus dem sie stammt. Von den 60 befragten Patienten waren 44 männlich und 16 weiblich, das entspricht 73 % bzw. 27 % der Stichprobe. Damit sind die Männer im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt (Statistisches Landesamt NRW, 1971: Männer = 48.2 %, Frauen = 51.8 %) überrepräsentiert. Laut GURLAND et al. (1973) sind 61 % der Dialysepatienten in Europa Männer und dementsprechend 39 % Frauen. Die männlichen Patienten der vorliegenden Stichprobe sind also auch im Vergleich mit den Zahlen für Dialysepatienten überrepräsentiert. Man kann wohl davon ausgehen, daß in anderen Zentren, in denen Klinikdialyse durchgeführt wird, der Anteil der Frauen entsprechend höher liegt. Innerhalb der vorliegenden Stichprobe führen 77 % der Patienten

eine Heimdialyse durch, die anderen eine Limited-Care-Dialyse.

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung hinsichtlich des Dialysesettings, so sieht man, daß sehr viel mehr Männer als Frauen Heimdialysepatienten sind. 84 % der männlichen Patienten, aber nur 56 % der weiblichen Patienten führen eine Heimdialyse durch. Bei einem Chi-Quadrat-Wert von 5.08 ist dieser Unterschied auf dem 5 % - Niveau signifikant.

Tab. 1 : Art der Dialyse

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Limited Care	14	23	7	16	7	44
Heimdialyse	46	77	37	84	9	56

1.2.2. Alter

Aus Tab. 2 geht die Altersverteilung der Gesamtstichprobe, sowie die für Männer und Frauen getrennt, hervor.

Das Durchschnitts-Alter aller Patienten beträgt 39.56 Jahre, das der männlichen Patienten 38.84 und das der weiblichen 41.56 Jahre. Die Frauen sind also im Durchschnitt geringfügig älter als die männlichen Patienten.

Dies resultiert daraus, daß bei den Männern die Gruppe der 20 - 30jährigen, bei den Frauen die der 46 - 60jährigen etwas stärker besetzt ist. Von NOELLE-NEUMANN (1977) wird für die Bevölkerung der BRD folgende Altersverteilung angegeben: 20 - 30jährige haben einen Anteil von 23 %, die Gruppe der 31 - 45jährigen einen von 44 % und die 46 - 60jährigen einen von 33 %. Wie Tab. 2 zeigt, entspricht die untersuchte Patienten-

gruppe also in ihrer Alters-Zusammensetzung weitgehend dem Bevölkerungs-Durchschnitt.

Tab. 2 : Alter

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
20 - 25	10	17	8	18	2	12.50
26 - 30	6	10	5	12	1	6.50
31 - 35	7	12	4	8	3	18.50
36 - 40	8	13	6	14	2	12.50
41 - 45	9	15	8	18	1	6.50
46 - 50	9	15	6	14	3	18.50
51 - 55	7	11	6	14	1	6.50
56 - 60	4	7	1	2	3	18.50
Σ	39.56		38.84		41.56	
S	11.13		10.70		12.38	

1.2.3. Familienstatus

Aus Tab. 3 ist der Familienstand zu entnehmen, in Tab. 4 ist der Personenkreis, mit dem die Dialysepatienten zusammenleben, dargestellt.

21.5 % der Gesamtstichprobe sind ledig; 76.5 % sind verheiratet und 2 % (eine Patientin) geschieden. Dies entspricht in etwa der Verteilung in der Bevölkerung. Die Kategorie "verheiratet" ist etwas überrepräsentiert. NOELLE-NEUMANN (1977) gibt hier für die Bevölkerung in der BRD 69.5 % an. Dagegen fehlen Personen, die verwitwet sind und die Kategorie "ledig" ist in der Bevölkerung ebenfalls etwas häufiger vertreten (25 %).

Bei den Patientinnen ist der Anteil der Verheirateten noch größer als bei den Patienten (81 %).

3 Patienten, bzw. 5 % der untersuchten Stichprobe leben alleine; 9 Personen bzw. 15 % mit Eltern oder Eltern und Geschwistern. Der größte Teil, nämlich 47 Patienten, das entspricht 78 %, leben mit einem Partner

zusammen, davon 32, bzw. 53 % mit Partner und Kindern bzw. Partner und anderen Angehörigen. 1 Patient lebt bei "anderen Verwandten".

Die weiblichen Patienten leben häufiger mit Partner und Kindern zusammen als die männlichen Patienten (50 % vs. 38.5 %). Abgesehen davon ist die Verteilung in etwa gleich.

Tab. 3 : Familienstand

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Ledig	13	21.50	11	25	2	13
Verheiratet	46	76.50	33	75	13	81
Geschieden	1	2	0	0	1	6
Verwitwet	0	0	0	0	0	0

Tab. 4 : Personen mit denen man lebt

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Alleine	3	5	2	4.50	1	6.25
Eltern	3	5	3	7	0	0
Eltern und Geschwister	6	10	4	9	2	12.50
Partner	15	25	13	29.50	2	12.50
Partner und Kinder	30	49	20	45.50	10	62.50
Partner und andere	2	4	1	2.25	1	6.25
Andere Verwandte	1	2	1	2.25	0	0

1.2.4. Schulabschluß

In Tab. 5 ist der Schulabschluß der befragten Patienten dargestellt.

60 % der Patienten haben Volksschulabschluß, 27 % Mittlere Reife und 10 % Abitur. Bei den weiblichen Patienten ist die Kategorie "Volksschule" häufiger vertreten (69 %).

NOELLE-NEUMANN (1977) veröffentlichte für die Bevölkerung der BRD die folgende Verteilung: 70 % haben Volksschulabschluß, 22 % Mittlere Reife und 8 % Abitur. Im Vergleich hierzu sind in der Stichprobe Personen mit Mittlerer Reife und Abitur etwas überrepräsentiert.

Tab. 5 : Schulabschluß

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Keinen	2	3	1	2	1	6
Volksschule	36	60	25	57	11	59
Mittlere Reife	16	27	13	30	3	19
Abitur	6	10	5	11	1	6

1.2.5. Erwerbstätigkeit und ihre Veränderung seit Beginn der Dialyse

Tab. 6 enthält die Verteilung der Erwerbstätigkeit der Dialysepatienten. In Tab. 7 ist die Art des Berufes der Erwerbstätigen dargestellt, in Tab. 8 der ehemalige Beruf der Rentner bzw. Arbeitslosen. Vollzeit-berufstätig sind 30 % der Patienten, weitere 23 % sind teilzeit-berufstätig. 44 % sind Rentner, 3 % sind arbeitslos.

Vergleicht man die Werte der Gesamtstichprobe mit den entsprechenden Werten der "erwachsenen Bevölkerung", so sieht man, daß die Dialysepatienten nur geringfügig weniger häufig erwerbstätig sind. Dies gilt allerdings nur, wenn man auch die Teilzeit-Berufstätigen hinzurechnet. Dann sind 53 % der Dialysepatienten berufstätig; in der Bevölkerung der BRD liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei 57 % (NOELLE-NEUMANN, 1977).

Tab. 6 : Erwerbstätigkeit

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Vollzeit	18	30	17	38	1	6
Teilzeit	5	8	3	7	2	13
Teilzeit und Rente	9	15	9	20	0	0
Rentner	26	44	13	30	13	81
Arbeitslos	2	3	2	5	0	0

Betrachtet man die Art des Berufes der erwerbstätigen Dialysepatienten, so stellt man fest, daß die Angestellten/Beamten mit einem Anteil von 81.6 % gegenüber den Arbeitern (12.3 %) stark überwiegen.

Die Verteilung dieser Variablen innerhalb der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens (Beiträge zur Statistik des Landes NRW, 1970) ergibt ein ganz anderes Bild. Hier sind 52.1 % Arbeiter bzw. Facharbeiter, 38.6 % Angestellte und Beamte und 9.3 % sind selbständig.

Da nicht weniger Arbeiter als Angestellte/Beamte Dialysepatienten sind, muß man wohl davon ausgehen, daß

Tab. 7 : Art des Berufes der Erwerbstätigen

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Ungel./Angelernter Arbeiter	3	9.33	3	10.50	0	0
Facharbeiter	1	3	1	3.50	0	0
Angestellter/Beamter ohne Abitur	20	63	18	62	2	67
Angestellter/Beamter mit Abitur	3	9.33	3	3.50	0	0
Angestellter/Beamter mit Hochschulabschl.	3	9.33	2	6.75	1	33
Selbständiger	2	6.	2	6.75	0	0

die Art des Berufes ein Zuweisungskriterium für das Dialysetesting ist.

Dagegen liegt der Anteil der Personen, die jetzt berentet sind, aber früher Arbeiter oder Facharbeiter waren, sehr viel höher. Hier sind es 43 % der Rentner, gegenüber "nur" 57 % ehemaliger Angestellter/Beamten. (Letztere sind auch hier noch überrepräsentiert.)

Prüft man den Tatbestand, berentet oder nicht-berentet zu sein, für die vorliegende Stichprobe in Abhängigkeit von der Art des Berufes mit dem Chi-Quadrat-Test, so ergibt sich ein Unterschied, der mit einem $p = 0.025$ signifikant ist. Patienten aus Arbeiter-Berufen werden aufgrund ihrer Erkrankung also vermutlich häufiger berentet als Angestellte/Beamte.

Tab. 8 : Art des ehemaligen Berufes der Nicht-Erwerbstätigen
Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Ungel./Angelernter Arbeiter	8	29	4	26.5	4	31
Facharbeiter	4	14	4	26.5	0	0
Angestellter/Beamter ohne Abitur	15	53	6	40	9	69
Angestellter/Beamter mit Abitur	1	4	1	7	0	0
Angestellter/Beamter mit Hochschulabschl.	0	0	0	0	0	0
Selbständiger	0	0	0	0	0	0

Für die folgenden Ergebnisse werden keine Tabellen abgedruckt.

Von den Berufstätigen haben 5 (davon eine Frau), das entspricht 16 %, seit Beginn der Dialyse den Beruf gewechselt. Davon meinen 4, daß sie sich diesbezüglich verbessert haben; nur ein Patient glaubt, daß er sich durch den Berufswechsel verschlechtert hat. Danach hat ein beruflicher Abstieg durch die Erkrankung bei dem hier befragten Kollektiv nicht, oder kaum, stattgefunden. Von den 32 berufstätigen Patienten möchten 31 (97 %) auch weiterhin arbeiten, nur einer hat den

Wunsch, sich berenten zu lassen. 9 Patienten (28 %), davon eine Frau, würden sich gerne umschulen lassen.

Die Patienten, die nicht mehr erwerbstätig sind, sind das zum größten Teil seit mehr als 2 Jahren (89 %).

Nur 61 % der Nicht-Erwerbstätigen geben an, aufgrund ihrer Krankheit berentet zu sein. Jedoch sind es bei den männlichen Patienten 93 %, bei den weiblichen nur 23 %. Hier zeigt sich, daß die Patientinnen größtenteils, meist relativ lange, vor ihrer Erkrankung ihren Beruf aufgegeben hatten, um Hausfrau zu sein. Dies erklärt auch, warum sehr viel mehr Frauen als Männer der befragten Stichprobe nicht berufstätig sind (siehe Tab. 6).

Warum sie heute nicht arbeiten, begründeten die Patienten folgendermaßen: (Da mehr als eine Antwort möglich war, summiert sich das Ergebnis nicht auf 100 %.)

79 % trauen es sich aus gesundheitlichen Gründen nicht zu, 3 % meinen, daß sie sich finanziell als Rentner genauso gut oder besser stünden und 21 % glauben, daß sie keine Stelle bekämen.

Männliche und weibliche Patienten verhalten sich hier relativ ähnlich, nur daß kein Mann, aber 2 Frauen angaben, daß sie sich finanziell genauso gut oder besser stehen. Dies resultiert daraus, daß die aufgrund der Erkrankung vor Erreichen der Altersgrenze ausgezahlte Rente für die meist schon lange nicht mehr erwerbstätigen Frauen zusätzliches Geld bedeutet.

Insgesamt überwiegt als Begründung für die Tatsache, nicht mehr berufstätig zu sein, die mangelnde Gesundheit.

71 % der nicht-erwerbstätigen Patienten, und zwar mehr Männer (80 %) als Frauen (62 %) würden gerne wieder arbeiten. Größtenteils möchten die Patienten wieder in ihren alten Beruf zurück. Nur 21 % (27 % der Patienten, 15 % der Patientinnen) würden sich gerne umschulen lassen.

1.2.6. Berufstätigkeit des Partners

Insgesamt sind 52 % der Partner nicht berufstätig. Das entspricht in etwa der Verteilung in der Bevölkerung der BRD. Bei den männlichen Patienten sind es 61 % der Partnerinnen, bei den weiblichen Patienten 25 % der Partner. Auch dies stimmt mit den Werten der Bevölkerung in etwa überein.

Die Verteilung der berufstätigen Partner auf die einzelnen Berufssparten zeigt ein ähnliches Bild, wie bei den Patienten selbst. Nur 27 % sind Arbeiter, aber 73 % Angestellt oder Beamte, wobei die Patientinnen häufiger Partner in Arbeiter-Berufen haben (33 %) als die Patienten (23 %).

Alle Partner, sowohl die männlichen, wie die weiblichen, waren bereits vor der Erkrankung der Patienten berufstätig. Niemand von ihnen mußte also aus einer finanziellen Notlage heraus wieder berufstätig werden.

1.2.7. Netto-Einkommen des Gesamthaushaltes und dessen Änderung seit Beginn der Dialyse

In Tab. 9 ist das Netto-Einkommen der Gesamthaushalte dargestellt. Darunter wird das eigene Netto-Einkommen und das Netto-Einkommen des Partners pro Monat verstanden. 6.5 % der Patienten stehen monatlich unter 600 DM zur Verfügung, 16.5 % 600 - 1200 DM und 27 % 1200 - 2000 DM. Der größte Teil der Patienten (45 %) hat monatlich zwischen 2000 DM und 4000 DM zur Verfügung, weitere 5 % mehr als 4000 DM.

Mit einem Anteil von über 50 %, deren Netto-Einkommen höher als 2000 DM beträgt, dürften sich die Patienten durchschnittlich besser stehen als die Gesamt-Bevölkerung. Auch hier könnte ein Zuweisungskriterium für die Heimdialyse deutlich werden, daß mit der Überrepräsentation der Angestellten/Beamten in der Stichprobe in Verbindung steht.

Tab. 9 : Monatliches Netto-Einkommen des Gesamthaushaltes
Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
unter 600 DM	4	6.5	2	4.5	2	12.5
600 - 1200 DM	10	16.5	7	16	3	18.5
1200 - 2000 DM	16	27	12	27	4	21
2000 - 4000 DM	27	45	20	45	7	44
über 4000 DM	3	5	3	7	0	0

Von den berufstätigen Patienten geben 69 % an, daß sie sich finanziell genauso gut stehen wie früher, 19 % meinen, daß es ihnen finanziell besser, 12 %, daß es ihnen heute finanziell schlechter geht. Dies spricht dafür, daß die Erkrankung für die berufstätigen Patienten nur in geringem Umfang einen finanziellen Abstieg mit sich brachte, daß sogar eher eine gegenläufige Tendenz vorliegt.

Dagegen sieht die Situation der Nicht-Erwerbstätigen etwas ungünstiger aus. Hier meinen immerhin 53 % der Befragten, daß sie sich finanziell ungünstiger stehen als früher. Dies gilt insbesondere für die männlichen Patienten. Von diesen geben 86 % diese Antwort; bei den weiblichen Patienten sind es nur 15 %.

31 % der nicht-erwerbstätigen weiblichen Patienten, aber nur 7 % der männlichen Patienten geben an, daß ihnen heute mehr Geld zur Verfügung steht. Der Grund für diesen Unterschied wurde bereits unter IV 1.2.5. angesprochen.

Keine finanzielle Änderung seit der Berentung sehen 29 % der Patienten, jedoch nur 7 % der Männer, aber 59 % der Frauen.

Insgesamt kann man sagen, daß die Berentung doch für viele finanzielle Nachteile mit sich gebracht hat. Dies gilt für weibliche Patienten weniger, bzw. es besteht sogar eine gegenläufige Tendenz, da diese bereits vor ihrer Erkrankung häufig Hausfrauen waren und die Ren-

te sogar ein zusätzliches Einkommen darstellt.

1.2.8. Wohnsituation

Tabelle 10 zeigt die Art der Wohnung der Patienten, Tab. 11 die Größe des Wohnortes und Tab. 12 die Entfernung des Wohnortes vom Dialysezentrum.

60 % der Patienten leben im eigenen Haus, 40 % zur Miete. Die Relation ist bei den männlichen Patienten noch mehr zugunsten des eigenen Hauses verschoben. Hier leben sogar 66 % im eigenen Haus, gegenüber nur 44 % der weiblichen Patienten. Gegenüber der Gesamtbevölkerung liegen die Dialysepatienten sehr viel günstiger. Die mit dem eigenen Haus verbundene größere Anzahl von Räumen scheint ein weiteres Zuteilungskriterium für die Heimdialyse zu sein.

Tab. 10 : Art der Wohnung

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Eigenes Haus	36	60	29	66	7	44
Mietwohnung	24	40	15	34	9	56

80 % der Patienten wohnen in Orten mit 2000 - 100 000 Einwohnern, 7 % in Orten mit weniger als 2000 und 13 % in Orten mit mehr als 100 000 Einwohnern.

Nach einer Statistik aus "Regierungsbezirk Münster, Schriftliche Mitteilung", leben 9.2 % der Bevölkerung des Regierungsbezirk Münster in Orten unter 2000 Einwohnern, 56.8 % in solchen mit 2000 - 100 000 und 34.1 %

in Städten mit über 100 000 Einwohnern. Demgegenüber ist bei der befragten Stichprobe die Kategorie "2000 - 100 000 Einwohner" überrepräsentiert, es fehlen Patienten aus größeren Städten.

Tab. 11 : Wohnorte unterschiedlicher Einwohnerzahl

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
≤ 2000 E.	4	7	4	9	0	0
▷ 2000 ≤ 100000 E.	48	80	35	80	13	81
▷ 100000 E.	8	13	5	11	3	19

40 % der befragten Patienten wohnen weniger als 50 km vom Dialysezentrum entfernt, 51 % zwischen 51 und 100 km und 9 % zwischen 101 und 140 km entfernt. Im Durchschnitt haben die Patienten einen Anfahrtsweg von 60.17 km.

Zwischen männlichen und weiblichen Patienten bestehen nur geringe Unterschiede.

Tab. 12 : Entfernung vom Dialysezentrum

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
1 - 50 km	24	40	17	39	7	43
51 - 100 km	31	51	22	50	9	57
101 - 140 km	5	9	5	11	0	0
$\bar{x}$	60.17		62.68		53.25	
s	35.13		35.21		35.08	

1.2.9. Dialysesituation

In Tab. 13 ist die Zeitdauer, seitdem die Patienten an der Dialyse sind dargestellt. Tab. 14 enthält die Häufigkeit der Durchführung der Dialyse pro Woche und Tab. 15 die jeweilige Dauer.

16.5 % der Patienten sind seit weniger als 2 Jahren an der Dialyse, je etwa gleich viel seit 2 - 5 Jahren (41.5 %) und seit 5 - 10 Jahren (40 %). Bei den weiblichen Patienten ist die Kategorie "2 - 5 Jahre" etwas mehr besetzt (50 %). Seit mehr als 10 Jahren dialysiert ein Patient.

Tab. 13 : Zeitdauer seit der man Dialysepatient ist
Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
weniger als 2 Jahre	10	16.5	8	18	2	12
2 - 5 Jahre	25	41.5	17	39	8	50
5 - 10 Jahre	24	40	18	41	6	38
mehr als 10 Jahre	1	2	1	2	0	0

Der größte Teil der Patienten dialysiert 3 mal pro Woche (94 %) und zwar größtenteils zwischen 3 und 5 Stunden (84 %), wobei die Kategorie "4 - 5 Stunden" etwas stärker besetzt ist als die von "3 - 4 Stunden".

Nur bei den männlichen Patienten kommen Personen vor, die länger als 5 Stunden dialysieren (18 %).

Tab. 14 : Häufigkeit der Dialyse
Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
Jeden 2. Tag	1	2	1	2	0	0
3 x pro Woche	57	94	41	94	16	100
Jeden 3. Tag	1	2	1	2	0	0
2 x pro Woche	1	2	1	2	0	0

Tab. 15 : Dauer einer Dialyse

Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und
getrennt nach Geschlecht

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
2 - 3 Std.	1	2	0	0	1	6
3 - 4 Std.	23	38	16	36.50	7	44
4 - 5 Std.	28	46	20	45.50	8	50
5 - 6 Std.	7	12	7	16	0	0
mehr als 6 Std.	1	2	1	2	0	0

Nur 7 der befragten Patienten (12 %) haben einen (mißlungenen) Transplantationsversuch hinter sich, davon 3 Männer (7 %) und 4 Frauen (25 %). Prozentual gesehen sind die Frauen also sehr viel stärker vertreten. Den Wunsch nach einer Transplantation haben 37 % der Patienten; hier verhalten sich Männer und Frauen gleich. Am intensiveren Wunsch der Frauen nach einer Transplantation kann es also vermutlich nicht liegen, daß diese sich häufiger einem Transplantationsversuch unterzogen haben. Die Gründe hierfür müßten weiter untersucht werden. Eventuell scheuen die erwerbstätigen Männer eher das Risiko.

1.3.

Zusammenfassung und Diskussion

Es sollen hier die wesentlichen Ergebnisse der sozialstatistischen Analyse zusammengefaßt und diskutiert werden.

Die befragte Stichprobe ist, was Geschlecht und Art der Dialyse betrifft, repräsentativ für das Zentrum, aus dem sie stammt. Es überwiegt der Anteil an Heimdialysepatienten gegenüber den Limited-Care-Patienten und die Stichprobe enthält mehr Männer als Frauen.

Weiterhin sind mehr Männer als Frauen Heimdialysepatienten.

Dies spricht dafür, daß das Geschlecht ein Zuweisungskriterium für die Dialyseform darstellt. Auch bei der von SPEIDEL und KOCH (unveröff. Arbeitsbericht) untersuchten Stichprobe liegt der Anteil der männlichen Patienten bei der Heimdialyse bei 70 %.

Wenn Frauen sich nicht der üblichen Klinikdialyse unterziehen wollen, können sie wohl leichter auf die Limited-Care-Dialyse ausweichen als auf die Heimdialyse, da diese ebenfalls mit der Unterstützung von Pflegepersonen in einem Zentrum durchgeführt wird. Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß sich weibliche Partner eher auf ihre helfende Rolle bei der Heimdialyse einstellen können, was vermutlich einerseits durch ihre Sozialisation bedingt ist, zum anderen dadurch gefördert wird, daß sie häufig nicht berufstätig sind.

In der Altersverteilung entspricht die Stichprobe in etwa der Gesamtbevölkerung.

Auch der Familienstand entspricht ungefähr der Verteilung in der Gesamtbevölkerung, jedoch sind die Verheirateten leicht überrepräsentiert. Ähnliches wird auch von SPEIDEL, KOCH et al. (unveröff. Arbeitsber.) festgestellt, die bei Praxisdialysanden einen weit größeren Anteil an Ledigen fanden als bei Heimdialysepatienten. Heimdialyse setzt in viel größerem Maße eine stabile Partnerbindung voraus.

Die Dialysepatienten sind in der Art des Schulabschlusses vergleichbar mit der Normalbevölkerung, jedoch sind die Patienten mit Mittlerer Reife und Abitur leicht überrepräsentiert, eine Tatsache, die in der Tendenz auch von SPEIDEL und KOCH (unveröff. Arbeitsbericht) für Heimdialysepatienten gefunden wurde. Der Schulabschluß könnte ein weiteres Zuweisungskriterium für die Dialyseform darstellen, vielleicht weil man Personen mit höherem Abschluß eher die Bewältigung eventuell in der Heimdialyse auftretender Probleme zutraut.

Im Ausmaß der Erwerbstätigkeit liegen die befragten Dialysepatienten nur knapp unter dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit in der Gesamtbevölkerung. Allerdings ist etwa die Hälfte nur teilzeit-beschäftigt. Es zeigt sich hier die gute berufliche Rehabilitation der Patienten, die durch die Heimdialyse wohl zum Teil erst ermöglicht wird. In der Stichprobe die von SPEIDEL und KOCH (unveröff. Arbeitsbericht) untersucht wurde, waren nur 37 % der Patienten berufstätig. Dies resultiert daraus, daß dort auch die Werte der Praxis- und Zentrumsdialysanden mit eingingen. Der Anteil der Erwerbstätigen bei den Heimdialysanden lag auch dort deutlich höher.

Die Art des Berufes ist vermutlich ein weiteres Zuweisungskriterium für die unterschiedlichen Dialyse-settings. Bei den berufstätigen Patienten sind die Angestellten/Beamten gegenüber den Arbeitern stark überrepräsentiert. In geringerem Ausmaß gilt das auch für die ehemaligen Berufe der jetzt berenteten Patienten.

Prüft man die Tatsache, berentet oder nicht-berentet zu sein auf die Abhängigkeit von der Art des Berufes, so stellt sich heraus, daß Arbeiter signifikant häufiger nicht mehr berufstätig sind. Als Dialysepatient kann man eher in "Schreibtischberufen" arbeiten.

Es wurde für die Berufstätigen kein beruflicher Abstieg seit Beginn der Dialyse gefunden; 97 % der Patienten möchten auch weiterhin arbeiten.

Von den männlichen Patienten sind die meisten aufgrund ihrer Erkrankung berentet. Die weiblichen Patienten hatten größtenteils ihren Beruf bereits vorher aufgegeben, um Hausfrau zu sein. Die Patienten arbeiten heute am häufigsten deshalb nicht mehr, weil sie es sich gesundheitlich nicht zutrauen. Ein großer Teil wäre aber gerne wieder berufstätig.

Die Erkrankung hat bei keinem Partner dazu geführt, wieder oder erstmals berufstätig zu werden. Dies

spricht dafür, daß durch die Erkrankung keine größeren finanziellen Probleme entstanden sind.

Dies zeigt auch die Verteilung des monatlichen Netto-Einkommens des Gesamthaushaltes. Im Schnitt stehen sich die Patienten günstiger als die Gesamtbevölkerung. Die berufstätigen Patienten halten ihre finanzielle Situation größtenteils für unverändert, ein gewisser Prozentsatz hält sie sogar für besser.

Dagegen glauben etwa die Hälfte der Rentner, daß sie sich finanziell schlechter stehen. Im Falle der Berentung scheint die Absicherung noch unzureichend zu sein.

Der Anteil der Personen, die im eigenen Haus leben liegt viel höher als in der Durchschnittsbevölkerung; auch dies ist ein Hinweis auf die günstige finanzielle Situation und auf die Tatsache, daß die Zimmerzahl Einfluß auf die Zuweisung zur Heimdialyse hat. Die Patienten wohnen überdurchschnittlich häufig in Wohnorten mit 2000 - 100 000 Einwohnern, die größeren Städte sind unterrepräsentiert, was vielleicht ein Hinweis darauf ist, daß in größeren Städten häufiger Dialysezentren sind, die eine weite Anfahrt unnötig machen.

Im Schnitt haben die Patienten eine Anfahrt von 60.17 km zum Zentrum zurückzulegen.

Der größte Teil der Patienten dialysiert seit 2 - 5 bzw. seit 5 - 10 Jahren (je etwa 40 %). Der Anteil der Patienten, die seit mehr als 5 Jahren dialysieren ist also relativ groß.

Die meisten Patienten dialysieren 3 mal pro Woche, meist zwischen 3 und 5 Stunden.

Nur ein geringer Prozentsatz hat einen Transplantationsversuch hinter sich, wobei die Frauen überrepräsentiert sind.

Der Wunsch nach Transplantation ist bei Männern und Frauen gleich stark, und zwar relativ gering, ausgeprägt.

Insgesamt kann man davon ausgehen, daß es sich bei der beschriebenen Stichprobe um eine relativ gut rehabilitierte, finanziell gut abgesicherte Population handelt, die in ihren weiteren sozialstatistischen Daten weitgehend der Gesamtbevölkerung entspricht. Auch die Dialysebedingungen sind als günstig zu bezeichnen.

2. Die Identifikation und Beschreibung von
Auseinandersetzungsstrategien

Im nun folgenden Teil der Arbeit soll die zentrale Fragestellung bearbeitet werden: Wie gehen die Patienten mit Konflikten, insbesondere durch die Krankheit bedingten Problemen um?

Zur Klärung dieser Frage wurden drei Instrumente eingesetzt. Zunächst zwei standardisierte Fragebögen: Die Repression-Sensitizations-Skala von BYRNE, in der deutschen Bearbeitung von KROHNE (1974), und die Skala zur Internalen-Externalen Kontrolle von ROTTER, in der deutschen Bearbeitung von RUPPELT und SANDMANN (1979).

Speziell für diese Untersuchung und für Dialysepatienten wurde das dritte Instrument entwickelt, ein halb-strukturierter Interviewleitfaden, der die Coping-Stile der Patienten umfassender aufklären soll, und in den die von den Fragebögen erfaßten Dimensionen teilweise eingehen.

Die Ergebnisse sollen in der folgenden Reihenfolge dargestellt werden:

Zunächst wird die Gesamtstichprobe hinsichtlich ihres Verhaltens in den beiden standardisierten Fragebögen charakterisiert und mit den Ergebnissen der Eichstichprobe verglichen.

In einem zweiten Schritt wird das "Coping-Interview" daraufhin untersucht, was es eigentlich mißt, bzw. welche Zusammenhänge zwischen den dort vorkommenden Variablen bestehen. Anschließend wird das Verhalten der Gesamtstichprobe in diesem Coping-Interview beschrieben.

Der wesentliche Schritt für diese Arbeit schließt sich dann an: Mithilfe des Coping-Interviews soll der Versuch unternommen werden, Gruppen von Patienten zu finden, die sich in ihrer Art, sich mit ihrer Situation als Kranker auseinanderzusetzen, d.h. also in ihren Bewältigungsstrategien, unterscheiden.

Zum Abschluß soll geklärt werden, welche Zusammenhänge zwischen den von dem Coping-Interview erfaßten Stilen und den Ergebnissen in den standardisierten Fragebögen bestehen.

Für die Ergebnisse aller drei Instrumente soll darüber hinaus geprüft werden, welche Einflüsse verschiedene soziodemographische Variablen haben. Im einzelnen sind das: Alter, Art der Dialyse, Familienstand, Schulabschluß, Erwerbstätigkeit und Art des jetzigen, bzw. bei Rentnern, des ehemaligen Berufes. Weiterhin wird der Einfluß des Netto-Einkommens untersucht, sowie die mögliche Wirkung der Zeitdauer, seit der man Dialysepatient ist, und die von mißlungenen Transplantationsversuchen. Der Einfluß dieser Variablen wird auch bei den später dargestellten Ergebnissen in den anderen Instrumenten immer geprüft werden.

In den entsprechenden Abschnitten werden jeweils nur die signifikanten Ergebnisse dargestellt werden.

2.1. Internale-Externale-Kontrolle und Repression-Sensitization

2.1.1. Fragestellung und Methodik

Zur Beschreibung des Verhaltens der Gesamtstichprobe in den beiden Skalen wurden Mittelwerte und Streuungen sowie die Häufigkeitsverteilungen berechnet. Mit dem T-Test wurden die Unterschiede zur Eichstichprobe auf ihre Signifikanz geprüft. Varianzanalyse und T-Test wurden weiterhin dazu verwendet, um den Einfluß der im vorausgehenden Abschnitt aufgeführten soziodemographischen Variablen zu überprüfen.

2.1.2. Internale-Externale-Kontrolle

2.1.2.1. Ergebnisse der Dialysepatienten für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht und Vergleich mit der Eichstichprobe

Als Kriteriumswerte waren ≤ 7 ist Internale Kontrolle und ≥ 14 ist Externale Kontrolle festgelegt worden. Wie Tab. 16 zu entnehmen ist, entspricht der Mittelwert der Gesamtstichprobe mit einem $\bar{x} = 10.400$ einer mittleren Position bezüglich dieser Kriteriumswerte. Weder Internale Kontrolle noch Externale Kontrolle sind also bei den Dialysepatienten stärker ausgeprägt.

Bei der Aufschlüsselung der Verteilung der Patienten hinsichtlich der Kriteriumswerte ergibt sich, daß 27 % den Eindruck haben, ihre Umwelt selbst beeinflussen zu können, 45 % nehmen eine mittlere Position ein und 28 % fühlen sich external kontrolliert.

Der Mittelwert der weiblichen Patienten liegt zwar auch noch im mittleren Bereich, aber doch, auf dem 5 %-Niveau signifikant, höher als der der männlichen Patienten. Prozentual ausgedrückt bedeutet das, daß sich nur 6 % internale Kontrolle zuschreiben, aber immerhin 38 % sich external kontrolliert fühlen. Hier liegt also ein geschlechtsspezifischer Unterschied vor.

Tab. 16 : Internale-Externale-Kontrolle

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifikanz
$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
10.400	4.330	9.750	4.591	12.188	2.949	58	1.97	0.010 ^x

Auch bei der Eichstichprobe haben die Frauen einen höheren Wert (siehe Tab. 17), jedoch ist der Unterschied zu den männlichen Probanden nicht so groß.

Der Mittelwert der Dialysepatienten ist mit dem der Eichstichprobe identisch. Das gleiche trifft (annähernd) auf den Vergleich der männlichen Patienten mit dem entsprechenden Kollektiv der Eichstichprobe zu. Lediglich der Mittelwert der weiblichen Patienten liegt höher als der der Eichstichprobe der Frauen, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Tab. 17 : Internale-Externale-Kontrolle

Mittelwerte der Eichstichprobe insgesamt und getrennt nach Geschlecht und Vergleich des Mittelwertes der weiblichen Patienten mit dem der Frauen der Eichstichprobe mit dem T-Test (zweiseitige Fragestellung)

Eichstichprobe gesamt		Eichstichprobe Männer		Eichstichprobe Frauen		Dialysepatienten Frauen		DF	T	Signifikanz
$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
10.400	4.250	9.900	4.500	10.900	4.000	12.188	2.949	150	1.24	0.217

Insgesamt gesehen entspricht das Verhalten der Dialysepatienten bezüglich der Skala Internale-Externale Kontrolle dem Verhalten der Normalbevölkerung. Sie nehmen als Gesamtstichprobe eine mittlere Position ein.

Die weiblichen Patienten fühlen sich signifikant häufiger als die männlichen external kontrolliert. Dies entspricht einer Tendenz, die sich auch in der Eichstichprobe zeigt.

2.1.2.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

Von den untersuchten soziodemographischen Variablen ergab nur die Art der Dialyse einen signifikanten Unterschied, und das auch nur, sofern man das Signifi-

kanzkriterium weiter, nämlich ≤ 0.1 , fast.

Limited-Care-Patienten fühlen sich stärker ($p = 0.062$) external kontrolliert ($\bar{x} = 12.285$) als Heimdialysepatienten ($\bar{x} = 9.826$).

Tendenziell liegen auch die erwerbstätigen Patienten in ihrem Mittelwert mehr in Richtung internaler Kontrolle als die nicht-erwerbstätigen ($p = 0.174$).

Die Ergebnisse verdeutlichen, daß Heimdialyse, wie auch tendenziell die weitere Ausübung des Berufes, ein Gefühl des Einflusses, der Kompetenz vermitteln.

2.1.3. Repression-Sensitization

2.1.3.1. Ergebnisse der Dialysepatienten für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht und Vergleich mit der Eichstichprobe

In Tab. 18 befinden sich die Mittelwerte der Patienten, sowie die Ergebnisse der Überprüfung der Unterschiede zwischen den geschlechtsgetrennten Stichproben auf ihre Signifikanz. Tab. 19 enthält die Vergleiche der Ergebnisse der Patientenstichprobe mit denen der Eichstichprobe.

Als Kriteriumswerte waren von KROHNE (1974) ≤ 25 ist Represser, ≥ 49 ist Sensitizer festgelegt worden. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe ($\bar{x} = 25.55$) liegt sehr nahe beim unteren Kriteriumswert. Die befragten Dialysepatienten verhalten sich also insgesamt gesehen sehr stark in Richtung Repression.

Die Häufigkeitsverteilung ergibt, daß 57 % der Stichprobe als Represser zu bezeichnen sind, 36 % nehmen eine mittlere Position ein und nur 7 % sind Sensitizer.

Der Mittelwert der weiblichen Patienten liegt höher als der der männlichen, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant. Allerdings liegt der Mittelwert der männlichen Patienten unter dem kritischen Wert ≤ 25 ,

während die weiblichen Patienten auf der Skala Repression-Sensitization eine mittlere Position einnehmen. Es sind dann auch 12.5 % der Frauen Sensitizer, während es bei den Männern nur 5 % sind.

Tab. 18 : Repression-Sensitization

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifikanz
$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
25.550	13.321	23.864	12.619	30.187	14.497	58	1.65	0.104

Tab. 19 : Repression-Sensitization

Vergleich der Mittelwerte der Dialysepatienten mit denen der Eichstichprobe mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

	Eichstichprobe		Dialysepatienten		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Insgesamt	37.000	17.000	25.550	13.321	85.6	6.058	0.000 ^{xxx}
Männer	34.570	17.820	23.864	12.619	74.4	4.891	0.000 ^{xxx}
Frauen	38.220	17.830	30.187	14.497	215.6	1.757	0.080 [•]

Eichstichprobe gesamt		Dialysepatienten Männer		DF	T	Signifikanz
$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
37.000	17.000	23.864	12.619	58.7	6.390	0.000 ^{xxx}
Eichstichprobe gesamt		Dialysepatienten Frauen		DF	T	Signifikanz
$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
37.000	17.000	30.187	14.497	484.0	1.585	0.114

Auch in der Eichstichprobe ist der Mittelwert der Frauen höher, jedoch ist der Unterschied nicht so groß wie zwischen den geschlechtsgetrennten Stichproben der Patienten. Insgesamt liegt der Mittelwert der Dialysepatienten hoch signifikant ($p = 0.000$) niedriger als der der Eichstichprobe. Dies gilt auch für

den Vergleich des Mittelwertes der männlichen Patienten mit dem der Gesamt-Eichstichprobe, nicht jedoch für den Vergleich des Mittelwertes der weiblichen Patienten mit diesem.

Legt man die geschlechtsgetrennten Mittelwerte der Eichstichprobe zugrunde, ist der Unterschied für die männlichen Patienten auch hier noch signifikant.

Im Vergleich mit dem Mittelwert der Frauen der Eichstichprobe liegt der Mittelwert der weiblichen Patienten nur annähernd signifikant ($p = 0.080$) niedriger, was aufgrund des ebenfalls höheren Wertes der Frauen der Eichstichprobe zu erwarten war.

Insgesamt betrachtet verhält sich die untersuchte Stichprobe eher in Richtung Repression. Sie unterscheidet sich hier hoch signifikant von der Eichstichprobe. Der Mittelwert der weiblichen Patienten liegt höher als der der männlichen Patienten, ohne daß dieser Unterschied signifikant wäre. Jedoch nehmen die weiblichen Patienten insgesamt eine mittlere Position auf der Skala ein, während das Verhalten der männlichen Patienten insgesamt als repressiv zu bezeichnen ist.

2.1.3.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

Von den geprüften Variablen ergaben nur zwei einen Wert von $p < 0.1$.

Zum einen liegt der Mittelwert der Patienten, die einen Transplantationsversuch hinter sich haben ($\bar{x} = 33.857$) mit einem p von 0.079 höher als derjenige der Patienten, die sich einem solchen nicht unterzogen haben ($\bar{x} = 24.452$). Sie verhalten sich also eher in Richtung Sensitization.

Deutlicher noch ist die Abhängigkeit der Repressions-Sensitizations-Werte von der Art der Dialyse ($p = 0.017$). Während der Mittelwert der Heimdialysepatienten 23.304 beträgt, liegt der Mittelwert der Limited-Care-Patienten bei 32.928.

2.1.4.

Zusammenfassung und Diskussion

Hinsichtlich der Skala Internale-Externale-Kontrolle unterscheiden sich die Dialysepatienten nicht von der Eichstichprobe. Sie fühlen sich also weder internal, noch external kontrolliert, sondern befinden sich im Mittelbereich.

Die weiblichen Patienten haben einen signifikant höheren Mittelwert als die männlichen, fühlen sich also eher external kontrolliert. Dies stimmt mit der in der Eichstichprobe gefundenen Tendenz überein.

Interessant ist, daß sich Limited-Care-Patienten signifikant intensiver external kontrolliert fühlen als Heimdialysepatienten.

In der Skala Repression-Sensitization unterscheiden sich die Dialysepatienten signifikant von der Eichstichprobe. Sie liegen an der Grenze, nahezu bereits im Bereich der "Repression". Man kann die Stichprobe insgesamt wohl als "verleugend" bezeichnen.

Die Mittelwerte der Frauen liegen zwar etwas höher als die der männlichen Patienten, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant. In der Tendenz stimmt dieser Unterschied mit den bei der Eichstichprobe gefundenen Ergebnissen überein.

Auch in der Repression-Sensitizations-Skala wird der Einfluß der Dialyse-Art deutlich. Limited-Care-Patienten haben einen signifikant höheren Mittelwert als Heimdialysepatienten. Weiterhin verhalten sich die Patienten, die einen mißlungenen Transplantationsversuch hinter sich haben, signifikant stärker in Richtung "Sensitization".

Im ersten Theorieteil (II 1.) wurde die Annahme formuliert, daß Krisensituationen Konzepte und Handlungsstrategien der betroffenen Personen in Frage stellen und so ein Gefühl der mangelnden Handlungskompetenz bewirken können. Dialysepatienten unterliegen zusätzlich aufgrund ihrer Therapie einem relativ strengen medizinischem Reglement und sind immer auf die Unterstützung durch andere angewiesen. In der Dialyse-Literatur wurde häufig das Auftreten eines "Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konfliktes" angenommen. Man könnte also vermuten, daß sich die Patienten eher external kontrolliert fühlen.

Daß dies hier nicht zutrifft, kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen besteht die Möglichkeit methodischer Mängel, d.h., es könnte sein, daß der Fragebogen die spezielle Situation von chronisch Kranken

nicht zutreffend erfaßt. CHERLIN und BOURQUE (1974) hatten bei einer Faktorenanalyse neben einem allgemeinen Faktor einen Faktor "politische Kontrolle" gefunden. Eventuell erfaßt der Fragebogen also mehr allgemeine Lebenseinstellungen und politische Überzeugungen, die sich durch die Dialyse nicht verändern. Dies könnte eventuell erklären, warum auch in anderen Untersuchungen der Mittelwert für die untersuchten Dialysepatienten in der Skala "Internale-Externale Kontrolle mit dem der Normalbevölkerung identisch war, bzw. nur tendenziell in Richtung "Externale Kontrolle" abwich (GOLDSTEIN und REZNIKOFF, 1971; KILPATRICK et al., 1972).

Zum anderen könnte es aber auch sein, daß hier ein Spezifikum der untersuchten Population zutage tritt, der Fragebogen die Einstellung der Patienten also adäquat erfaßt. Das Ergebnis der befragten Stichprobe in der Repression-Sensitizations-Skala spricht für diese zweite Annahme. Die Stichprobe liegt in dieser Skala genau auf der Grenze zur "Repression", die Patienten können wohl schon als "Represser" bezeichnet werden. KROHNE (1975) gibt für einen solchen Verarbeitungsstil eine Tendenz an, Konflikte auszuklammern, was dann auch eine positivere Selbstbewertung bewirkt. Dies betrifft vermutlich auch die selbst zugeschriebene Fähigkeit zur Einflußnahme auf die Umwelt. Den Patienten gelingt es also wahrscheinlich durch ihre Abwehr-Strategie, ein Gefühl der Kompetenz zu erhalten. Allerdings wird die als insgesamt günstig bezeichnete soziale Situation der Patienten, insbesondere die gute berufliche Rehabilitation und der große Prozentsatz an Heimdialysepatienten, sicher auch einen positiven Einfluß auf das Kompetenzgefühl der Patienten haben.

Insgesamt entspricht das durch die beiden Skalen erfaßte Verhalten der befragten Patienten demjenigen, das in der Literatur über Dialysepatienten am häufigsten beschrieben wurde. Diese wehren Konflikte ab und erhalten sich (oder unterstützen zumindest) so ein Ge-

fühl der Kompetenz. Entgegen STRAUCH-RAHÄUSER et al. (1977) konnte also mit der Repression-Sensitizations-Skala die Abwehrstrategie der Dialyse-Patienten auch testpsychologisch festgestellt werden. Diese hatten ja mit dem "Defense Mechanism Inventory" von GLESER (GLESER und HILEVIC, 1969) keinen Unterschied zur Normalbevölkerung feststellen können.

Weibliche Patienten fühlen sich signifikant mehr external kontrolliert als männliche Patienten und auch in der Repression-Sensitizations-Skala haben sie einen (wenn auch nicht signifikant) höheren Wert. Beides entspricht der Tendenz, die in der Eichstichprobe besteht.

Auch den hier gefundenen Unterschieden liegen wohl sozialisationsspezifische Einflüsse zugrunde. Frauen wird in der Sozialisation eher eine offene, gefühlsbetonte und auch negativ getönte Art des Umgangs mit ihren Problemen zugestanden. Auf der anderen Seite werden sie im äußeren Umgang mit Konflikten eher zu Passivität angehalten und entwickeln so auch weniger ein Gefühl des Einflusses und der Kontrolle. Dies zeigt sich auch in der Übernahme der Hausfrauen-Rolle, die diese Tendenz wiederum weiterhin verstärkt.

Die Besonderheiten im Auseinandersetzungsstil der Patienten sind also vermutlich weniger krankheitsspezifisch, als durch ihre spezifische Sozialisation bereits vorgezeichnet.

Heimdialysepatienten schreiben sich signifikant mehr internale Kontrolle zu als Limited-Care-Patienten. Dies entspricht der von SPEIDEL, KOCH et al. (o.J.) formulierten Annahme, daß diese Patienten weniger unter dem "Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt" zu leiden haben, da sie bezüglich ihrer Therapie mehr Eigenverantwortung übernehmen und so Eigenständigkeit und Handlungskompetenz entwickeln. Die Heimdialyse erweist sich also auch in dieser Untersuchung als günstigere Form.

Heimdialysepatienten verleugnen aber auch signifikant stärker als Limited-Care-Patienten. Dies könnte daraus resultieren, daß ihre oben beschriebene günstigere Situation das Fortdauern von Abwehrprozessen begünstigt, während Limited-Care-Patienten sich aufgrund der verschärften Konflikte mit ihrer Situation auseinanderzusetzen müssen.

Die gleiche Erklärung könnte auch für die bei Patienten mit Transplantationsversuchen weniger stark ausgeprägten Verleugnungstendenzen herangezogen werden. Es könnte sein, daß diese Patienten aufgrund des gescheiterten Transplantationsversuchs für Konflikte quasi "sensibilisiert" wurden. Andererseits ist natürlich auch umgekehrt möglich, daß Patienten, die sich eher in Richtung "Sensitization" verhalten, auch eher ihre Einwilligung in die Transplantation geben.

In jedem Fall muß auch in Erwägung gezogen werden, daß sowohl bei den Limited-Care-Patienten, wie auch bei den Patienten, die einen Transplantationsversuch hinter sich haben, die weiblichen Patienten überrepräsentiert sind. Die Unterschiede könnten also auch durch geschlechtsspezifische Einflüsse mitbedingt sein. Frauen fühlen sich ja, wie oben ausgeführt, mehr external kontrolliert und tendieren eher zur "Sensitization". Welche der genannten Faktoren letztlich ausschlaggebend sind, kann hier nicht entschieden werden, vermutlich spielen sie alle eine mehr oder weniger große Rolle, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede sicher einen relativ großen Einfluß haben.

2.2. Das Coping-Interview

2.2.1. Dimensionen des Coping-Interviews

2.2.1.1. Fragestellung und Methodik

Ziel dieses Abschnitts ist eine theoretische Klärung dessen, was der Fragebogen mißt.

Diese Klärung soll über eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den Variablen erreicht werden; es soll der Versuch unternommen werden, hinter den Variablen stehende Dimensionen und/oder Gruppen von Variablen zu finden. Bei diesem Vorgehen handelt es sich um einen von verschiedenen möglichen Ansätzen zur Konstruktvalidierung, der über die inhaltlich-logische Analyse der Testelemente, also der Variablen, durchgeführt wird (LIENERT, 1969, S. 262 ff.).

Prinzipiell werden zwei Möglichkeiten der Analyse in Erwägung gezogen:

Die Durchführung einer Faktorenanalyse, um hinter den Variablen stehende Dimensionen zu erhalten, oder eine Clusteranalyse der Variablen.

Das Verfahren der Faktorenanalyse wird als hinlänglich bekannt vorausgesetzt und soll hier nicht weiter ausgeführt werden (siehe hierzu: ÜBERLA, 1971).

Für eine Clusteranalyse der Variablen sprechen einige Gründe, die nach einer kurzen Einführung in die ihr zugrundeliegenden Annahmen, weiter dargelegt werden sollen.

Zunächst: Ziel einer jeden Clusteranalyse ist es, Gruppen zu finden, in denen sich die Elemente möglichst ähnlich sind, die Unterschiede zwischen den Elementen verschiedener Gruppen jedoch möglichst groß sind. Dabei wird angenommen, daß die Ähnlichkeit der Elemente untereinander quantifizierbar ist und sich durch reale Zahlenwerte ausdrücken läßt.

Es gibt nun verschiedene Verfahren der Clusteranalyse, die sich darin unterscheiden, welche Ähnlichkeitsfunktion zugrundegelegt wird. Nach ihrer Form kann man

hierarchische und nicht-hierarchische Verfahren unterscheiden. In den hierarchischen Verfahren werden die Elemente paarweise nach einem Ähnlichkeitsmaß zusammengefaßt, durch die nicht-hierarchischen Verfahren wird versucht, eine vorgegebene Anfangspartition durch Verschieben der Elemente zwischen den Gruppen bis hin zu einem Optimum zu verbessern. Es wird also versucht, eine Zielfunktion, die ein bestimmtes Distanzmaß repräsentiert, zu optimieren.

Für die Clusterung von Variablen (vergleichbar mit der R-Technik der Faktorenanalyse) wird im Gegensatz zur Clusterung von Personen (Q-Technik der Faktorenanalyse) von STEINHAUSEN und LANGER (1977) der Einsatz von hierarchischen Verfahren empfohlen und innerhalb dieser ein agglomeratives Verfahren. (Die letztgenannten gehen von der Fusion zweier Elemente bei jedem Schritt aus, im Gegensatz zu den divisiven Verfahren, die jeweils in zwei Elemente zerlegen.)

Empirisch hat sich das Verfahren von WARD als das beste erwiesen (STEINHAUSEN und LANGER, 1977). Hier wird versucht, eine homogene Gruppierung dadurch zu erreichen, daß man sukzessiv diejenigen Gruppen fusioniert, die den geringsten Zuwachs zu einem Heterogenitätsmaß liefern. Als solches wird das Varianzkriterium benutzt.

Für den Einsatz einer Clusteranalyse anstelle einer Faktorenanalyse sprechen die folgenden Gründe: Durch die hierarchischen Verfahren werden Folgen von Gruppierungen auf jeweils unterschiedlichen Distanz- oder Ähnlichkeitsebenen konstituiert.

Die hierdurch entstehende hierarchische Repräsentation der Variablen-Cluster ist vorteilhafter als die Faktorenanalyse, da anhand der verschiedenen Ähnlichkeits- bzw. Distanzebenen das unterschiedliche Ausmaß zu erkennen ist, in dem die Variablen übereinstimmen. Es ist erkennbar in welcher Reihenfolge die Variablen zusammengefaßt wurden und es lassen sich Untergruppen von Variablen unterscheiden.

Zum anderen bleibt die Clusteranalyse stärker auf der Ebene der Beobachtungsdaten. Dies ist für eine Analyse dann sinnvoll, wenn nicht eine sofortige Reduktion der Information auf hinter den Daten liegenden Dimensionen angestrebt wird, sondern zunächst die Zusammenhänge zwischen den Variablen auf der ursprünglichen Informationsebene interessieren.

Trotz dieser Argumente wurden, wie im nächsten Abschnitt dargelegt, zur Analyse der Elemente des Coping-Interviews sowohl eine Faktorenanalyse wie auch eine Clusteranalyse nach Ward berechnet.

Für beide Verfahren wurden nur die Variablen aufgenommen, die von allen 60 Patienten beantwortet wurden. Es entfielen also die Items, die nur beantwortet wurden, wenn die vorhergehende Frage mit "Ja" beantwortet worden war.

Weiterhin wurden die Variablen aus dem Bereich "Beziehung zum Partner" und "Beziehung zur Familie" zusammengefaßt zu der neuen Variable "Primärbeziehung", um hier eine größere Anzahl von Beantwortungen zu erhalten. Es fehlen bei der Beantwortung dieses Fragenkomplexes also nur drei Patienten, nämlich die, die alleine leben.

Insgesamt wurden dadurch die 108 Items des Interview-Leitfadens auf 91 Items reduziert.

2.2.1.2. Ergebnisse

2.2.1.2.1. Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse mit der Hauptkomponentenmethode ergab, daß 55 Faktoren nötig wären, um 100 % der Gesamtvarianz aufzuklären. Wählt man zur Festlegung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren die Kriterien "Eigenwerte > 1 " oder beim Scree-Test die Stelle, an der sich der graphisch dargestellte Verlauf der nach ihrer Größe geordneten Eigenwerte an eine Gerade annähert (ÜBERLA, 1971, S.123 ff.) so müßten in beiden

Fällen 25 Faktoren extrahiert werden. Diese würden dann 86.7 % der Gesamtvarianz aufklären. Dies wäre aber als Beitrag zu einer Datenreduktion und Strukturierung wenig sinnvoll.

Auf der anderen Seite würden die vom Standpunkt der sinnvollen Dimensionierung und Interpretierbarkeit her gewünschte Anzahl von etwa drei bis fünf Faktoren nur zwischen 27.4 % und 38.8 % der Gesamtvarianz erklären.

(Auch durch Hinzuziehen weiterer Faktoren würden jeweils nur etwa 3 % mehr Gesamtvarianz aufgeklärt werden.)

Es bliebe also ein Großteil der Gesamtvarianz der Daten ungeklärt. Die Faktorenanalyse scheint bei der großen Anzahl von Variablen nicht als effektive Methode zur Strukturierung der Daten geeignet. Ein Verfahren, das eher auf der Ebene der ursprünglichen Daten bleibt, wie es die Clusteranalyse darstellt, wird dieser Aufgabe besser gerecht.

Daher wird auf eine Interpretation der Faktorenanalyse verzichtet und die Klärung der Fragestellung nur aufgrund der Clusteranalyse versucht.

Eine Tabelle mit den Eigenwerten der Faktoren der durchgeführten Hauptkomponentenanalyse und der durch sie erklärten Varianzanteile befindet sich im Anhang (Tab. 1).

2.2.1.2.2. Clusteranalyse der Variablen

In Tab. 20 ist das graphische Ergebnis der Clusteranalyse über die Variablen abgebildet.

Die gewählte 3-Cluster-Lösung ist durch Einrahmen mit breiteren Strichen verdeutlicht.

Die Entscheidung für die Wahl von drei Clustern fiel aufgrund theoretisch-interpretativer Erwägungen. Wesentlich war dabei, daß die Bildung weiterer Cluster jeweils nur zwischen fünf bis zehn Variablen von den bisherigen Clustern abspalten würde und dadurch keine

relevante, eigenständige neue Information erreicht würde.

Der graphischen Darstellung ist auch zu entnehmen, welche Variablen jeweils enger zusammenhängen und welche größere Abstände untereinander haben. Auf eine inhaltliche Differenzierung dieser Unterschiede im Text wird jedoch verzichtet.

Zur Strukturierung der Beschreibung der Cluster soll auf das unter II 1. dargelegte theoretische Konzept zurückgegriffen werden, daß auch der Entwicklung des Interviewleitfadens zugrunde lag (III 3.1.). Hier soll nur noch einmal kurz daran erinnert werden. Es lassen sich die folgenden Teilbereiche unterscheiden, die in ihrer Gesamtheit die Auseinandersetzungstrategie konstituieren:

1. Art des Handelns/Art des Denkens:

Auf einen Gegenstand bezogene Aktivität/"intellektuell"

Direkt-außenorientiert und intrapsychisch.

Beispiele: Aktiv sein, Denken, Information suchen.

2. Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Auf Menschen bezogene Aktivität/"emotional"

Direkt-außenorientiert und intrapsychisch.

Beispiele: Äußern von Gefühlen, Offen sein.

3. Gestimmtheit/Emotionales Befinden

Inhalt der Gefühle/Emotionaler Zustand

Beispiele: Art der genannten Gefühle, Eindruck während des Interviews.

4. Einschätzen/Bewerten

Beurteilung der Umwelt und der eigenen Person, einschließlich der Zukunft.

Beispiele: Positives sehen, Kompetenzgefühl, Pläne haben.

5. Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

Eigentlich müßten die einzelnen Items dieses Bereichs jeweils in die vorhergehenden Bereiche eingeordnet werden. Sie sollen aber wegen ihrer Sonderstellung für die hier untersuchte "Auseinandersetzung mit Krankheit" zusammenhängend dargestellt werden.

Tab. 20

Zeichner-Interview

Platzanalysen der Variablen: Dendrogramm für das Verfahren nach Herz
Die stärker gezeichneten Linien geben die Hierarchie der Variablen der jeweiligen Testphase an

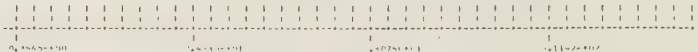
Idee-Hierarchisierung

Informiertheit
Mime haben
Motiviertes JA - Auskunft geben
Zureichend - erst
Zureichend auch Information
Zukunft Zufriedenheit - Kontakte
Zureichend - Noblesse
Zukunft Zufriedenheit - Noblesse
Krankheitsbild
Reden über - Häufigkeit
Bekannte - über Probleme reden
Bekannte - über Gefühle reden
Effektiv halten sprechen
Effektiv halten reden
Bekannte - für eine Hilfe halten
Bekannte - etwas geben können
Positive Veränderungen nennen
Tod reden - gefällt
Während d. Interviews - ausgegl.
Selbstbild positive Aspekte
Positive Gefühle nennen
Primärbeziehung - besser
Während d. Interv. - reflektiert
Während d. Interv. - offen
Krankheit entgegengetreten
Effektiv h. Krankheit, entgegengetr.
Tod reden - berechnen
Kompetent halten - freizell
Kompetent halten - Kontakte
Primärbeziehung - Zufriedenheit
Primärbeziehung - etwas geben können
Primärbeziehung - ausgeglichen
Primärbeziehung - unversichert
Veränderungen ausgeglichen nennen
Etwas für die Zukunft sagen
Ausgeglichen Gefühle nennen
Etwas Gefühle nennen
Zukunft Zufriedenheit - Haru/
Einfluss auf Krankheit beschreiben
Primärbeziehung - über Probleme reden
Primärbeziehung - über Gefühle rd.
Primärbeziehung - für eine Hilfe halten
Irrte - über Probleme reden
Irrte - über Gefühle reden
Irrte - nach Information fragen
Beziehung Bekannte - ausgeglichen
Beziehung Bekannte - unversichert
Beziehung Bekannte - Zufriedenheit
Irrte - Vertrauen
Irrte - durch diese informiert
Irrte - Kooperation gut
Pflegepersonal - Vertrauen
Pflegep. - d. diese informiert
Pflegep. - nach Information frag.
Pflegep. - Kooperation gut
Reden über - Häufigkeit
Negative Gefühle nennen
Hintergrundlagen sein - meinen
Häufigkeit über vor Hintergrundlagen
Tod reden - Hintergrundlagen
Während d. Interv. - Hintergrundlagen
Angst haben - meinen
Tod reden - negativ
Während d. Interv. - negativ
Versuchen Sinn zu finden
Pflegep. - über Probleme reden
Pflegep. - über Gefühle reden
Negatives in Zukunft sehen
Krankheit fliehen
Effektiv halten Krankheit fliehen
Ausgeglichen Fr. entgegengetr.
Negativ Krankheit entgegengetr.
Effektiv halt. Fr. ausgegl. entg.
Effektiv halt. Fr. negativ entg.
Selbst Tod ansprechen
Beziehung Bekannte - was er
Selbstbild negative Aspekte
Positives der Behandlung sehen
Negative Veränderungen haben
Ungezügelt entstehen
Primärbeziehung sehen
Behandlung ist Belastung
Beziehung Bekannte - schlechter
Tod sein - meinen
Was Pflegepersonal ausgeliefert für
Während des Interv. - Ergebnis
Selbstbild ausgeglichen Aspekte
Selbstbild nicht nennen
Zukunft ausgeglichen sehen
Nichts für die Zukunft nennen
Primärbeziehung - schlechter

Cl. 1

Cl. 2

Cl. 3



Im weiteren werden die den einzelnen Clustern zugehörigen Variablen jeweils nach diesen Bereichen geordnet dargestellt werden.

Cluster 1

In Cluster 1 sind die folgenden Items enthalten:

1. Art des Handelns/Art des Denkens

- Der Patient ist informiert
- Er wünscht Informationen
- Er ist reflektiert
- Er hält es für effektiv, über die Krankheit und die dadurch bedingte Situation nachzudenken

2. Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

- Der Patient redet mit anderen über seine Krankheit
- Er hält es für effektiv, mit anderen über seine Krankheit und die damit verbundene Situation zu reden
- Er redet mit Freunden/Bekannten über seine Probleme
- Er redet mit Freunden/Bekannten über seine Gefühle
- Der Patient ist während des Interviews offen

3. Gestimmtheit/Emotionales Befinden

- Der Patient nennt positive Gefühle
- Er spricht gefaßt über den Tod
- Er ist während des Interviews ausgeglichen

4. Einschätzen/Bewerten

- Der Patient nennt positive Aspekte seiner Krankheit und der dadurch bedingten Situation
- Er nennt bezüglich seiner eigenen Person positive Aspekte
- Er nennt bezüglich seiner Primärbeziehungen Verbesserungen
- Er hält Freunde/Bekannte für eine Hilfe
- Er glaubt, daß er Freunden/Bekannten etwas geben kann
- Der Patient nennt Pläne für die Zukunft
- Er nennt Positives in der Zukunft
- Er ist zuversichtlich bezüglich seines Berufes
- Er glaubt, daß er seine Hobbies weiterführen/ausbauen kann
- Er glaubt, daß er seine Kontakte weiterführen/ausbauen kann
- Der Patient glaubt, daß er in der Zukunft mit seinem Freizeitbereich zufrieden sein wird
- Er glaubt, daß er in Zukunft mit seinen Kontakten zufrieden sein wird

5. Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal Entfällt

Charakteristisch für dieses Cluster ist, daß neben Variablen, die eine sachlich-intellektuelle Auseinandersetzung mit der Krankheit und der damit verbundenen Situation beinhalten, Variablen stehen, die eine positive Sicht dieser Situation wie auch der eigenen Person signalisieren. Dazu gehört insbesondere eine aktive und positive Orientierung auf die Zukunft. Für eine positive emotionale Gestimmtheit sprechen die Items "Gefaßt über den Tod reden" und "Während des Interviews ausgeglichen sein", sowie "Positive Gefühle nennen".

Weiterhin sind in dem Cluster Items enthalten, die auf Offenheit gegenüber anderen, auf die Bereitschaft, eigene Probleme und Gefühle mitzuteilen, hinweisen. Sie verdeutlichen auch im emotional-sozialen Bereich die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit. Als charakteristische, übergreifende Bezeichnung dessen, was die Besonderheit des Clusters ausmacht; wird aus den genannten Gründen "Reflektierter Optimismus - Offenheit" vorgeschlagen.

Cluster 2

Dieses Cluster enthält die Items:

1. Art des Handelns/Art des Denkens

- Der Patient tritt der Krankheit aktiv entgegen, geht darauf zu
- Er hält dieses aktive Herantreten an die Krankheit für effektiv

2. Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

- Der Patient redet mit Personen seiner Primärbeziehungen über seine Probleme
- Er redet mit diesen über seine Gefühle
- Er nennt keine Gefühle, negative und positive Gefühle sind ausgeglichen

3. Gestimmtheit/Emotionales Befinden

- Der Patient redet burschikos über den Tod

4. Einschätzen/Bewerten

- Der Patient nennt keine Veränderungen aufgrund seiner Krankheit, negative und positive Aspekte sind ausgeglichen
- Er hält seine Primärbeziehung(en) für unverändert und sieht negative und positive Aspekte ausgeglichen
- Er ist zufrieden mit seiner Primärbeziehung
- Der Patient hält die Personen seiner Primärbeziehung für eine Hilfe
- Er glaubt, daß er diesen etwas geben kann
- Er hält die Beziehung zu Bekannten/Freunden für unverändert, negative und positive Aspekte für ausgeglichen
- Der Patient ist mit der Beziehung zu Bekannten/Freunden zufrieden
- Er hält sich im Freizeitbereich für kompetent
- Er glaubt, daß er im Kontaktbereich kompetent ist
- Er meint, daß er den Verlauf seiner Krankheit durch sein Verhalten aktiv beeinflussen kann

5. Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

- Der Patient hat Vertrauen zu den Ärzten
- Er hält die Kooperation mit diesen für gut
- Er glaubt, daß er von den Ärzten gut informiert wird
- Er hat Vertrauen zum Pflegepersonal
- Er hält die Kooperation mit diesen für gut
- Er meint, daß er vom Pflegepersonal gut informiert wird
- Der Patient fragt die Ärzte nach Information
- Er redet mit ihnen über seine Probleme
- Er teilt ihnen seine Gefühle mit
- Der Patient fragt das Pflegepersonal nach Informationen

Das Cluster zeichnet sich dadurch aus, daß die Variablen "Aktives Handeln" und "Aktives Handeln ist effektiv" enthalten sind, aber intrapsychische Variablen der Auseinandersetzung nicht vorkommen, wie z.B. "Über die Krankheit nachdenken" oder "Informiert sein".

Zusätzlich ist wichtig, daß Veränderungen nicht gesehen werden und dies mit Zufriedenheit verbunden ist. Weiterhin ist ein Kompetenzgefühl in verschiedenen Bereichen vorhanden.

Auch im emotional-sozialen Bereich herrscht, wie im intrapsychisch-intellektuellen Bereich, eher Zurückhaltung vor. Hierfür sprechen die Items "Keine Gefühle nennen" und "Burschikos über den Tod reden".

Insgesamt scheint das Cluster eine zwar aktiv-handelnde, aber Konflikte und Gefühle eher ausklammernde Strategie zu thematisieren, die mit Zufriedenheit verbunden ist. Weiterhin scheint der Themenkreis "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" und Umgang mit diesen eine Rolle zu spielen. Es wird daher die übergreifende Bezeichnung "Handlungsorientiert - verschlossene Zufriedenheit/ positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" vorgeschlagen.

Cluster 3

Cluster 3 beinhaltet die folgenden Items:

1. Art des Handelns/Art des Denkens

- Der Patient verhält sich passiv gegenüber der Krankheit und der dadurch bedingten Situation
- Er hält dies für effektiv
- Er geht der Krankheit und damit verbundenen Problemen aus dem Weg
- Er hält dies für effektiv
- Der Patient denkt über die Krankheit und die damit verbundene Situation nach
- Er versucht, die Krankheit in einen Sinnzusammenhang einzuordnen
- Er denkt über den Tod nach

2. Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

- Der Patient nennt negative Gefühle

3. Gestimmtheit/Emotionales Befinden

- Der Patient meint, daß er ärgerlich-aggressiv,
- ängstlich,
- niedergeschlagen sei.
- Er spricht über den Tod ängstlich und
- niedergeschlagen.
- Der Patient ist während des Interviews ärgerlich-aggressiv,
- ängstlich,
- niedergeschlagen.

4. Einschätzen/Bewerten

- Der Patient nennt negative Veränderungen durch seine Krankheit
- Er nennt bezüglich seiner Primärbeziehung Verschlechterungen
- Er nennt bezüglich seiner Beziehungen zu Bekannten Verbesserungen und Verschlechterungen
- Er ist zurückhaltend mit Äußerungen über sich selbst

- Er nennt seine eigene Person betreffend negative Aspekte
- Er hält die Behandlung für eine Belastung
- Der Patient fühlt sich eingeschränkt
- Er fühlt sich dem Dialysegerät ausgeliefert
- Er erlebt eine Ungewißheit
- Der Patient sieht positive Aspekte der Behandlung
- Er ist zurückhaltend mit Äußerungen über die Zukunft
- Er sieht Negatives in der Zukunft

5. Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

- Der Patient redet mit dem Pflegepersonal über seine Probleme
- Er teilt diesen seine Gefühle mit

Das dritte Cluster ist dadurch charakterisiert, daß in ihm Items enthalten sind, die bezüglich des Handelns Passivität, bzw. sogar Rückzug beinhalten, für die intrapsychische Auseinandersetzung jedoch Aktivität ('z.B. "Versuchen einen Sinn zu finden"). Dies ist verbunden mit einer negativen Einschätzung der Umwelt und des Selbst sowie der Zukunft. Insbesondere finden sich in diesem Cluster alle Items, die den Bereich "Belastung durch die Krankheit und Therapie" betreffen.

Zusätzlich enthält dieses Cluster viele Items, die negative Emotionen bezeichnen, sowohl in der Eigeneinschätzung wie auch in der Einschätzung durch den Interviewer. Für das dritte Cluster wird daher die Bezeichnung "Passiv-grüblerischer Pessimismus/Belastung durch die Krankheit" gewählt.

Der Interview-Leitfaden erfaßt im wesentlichen drei Bereiche, die oben inhaltlich gekennzeichnet wurden. Ausgehend von der graphischen Darstellung in Tab. 20 könnte man jedoch noch weitere "Unter-Bereiche" ableiten.

Die hier dargestellten Ergebnisse sollen in den nächsten Abschnitten, in denen das Verhalten der Gesamtstichprobe bezüglich des Coping-Interviews beschrieben wird, sowie Gruppen von Patienten mit unterschiedlichen Auseinandersetzungsstilen definiert werden sollen, zur Strukturierung dieser Beschreibungen herangezogen werden.

2.2.1.3. Zusammenfassung und Diskussion

Um zu klären, welche Bereiche/Dimensionen von dem Coping-Interview erfaßt werden, wurden zwei Berechnungen durchgeführt. Auf die Auswertung einer Faktorenanalyse wurde aufgrund der geringen von ihr aufgeklärten Varianz verzichtet. Eine Clusteranalyse der Variablen verdeutlicht, daß von dem Coping-Interview im wesentlichen drei Bereiche erfaßt werden: "Reflektierter Optimismus-Offenheit"; "Handlungsorientierte-verschlossene Zufriedenheit/Positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" und "Passiv-grüblerischer Pessimismus/Belastung durch die Krankheit".

Das Interview sollte es ermöglichen, die Aspekte intrapsychischer Auseinandersetzung "Intensität", "Bewertung/Art der gesehenen Aspekte" und "Realitätsangemessenheit", sowie "Offenheit gegenüber sich und anderen" und die "Art des Handelns" zu erfassen. Wie aus den gefundenen Dimensionen hervorgeht, ist diese Absicht weitgehend realisiert worden. Die Intensität der Auseinandersetzung, die Offenheit, wie auch die Art der primär gesehenen Aspekte finden in allen Dimensionen in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung ihren Ausdruck.

Auch die Art des Handelns wird in Cluster 2 und 3 direkt angesprochen. Der Aspekt der Realitätsangemessenheit wird zumindest in Cluster 1 in Form der "Reflektiertheit", wenn auch indirekt, angesprochen. Der Interview-Leitfaden ist also gegenüber der Repression-Sensitizations-Skala weiter gefaßt, da diese nur die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung und die Art der vornehmlich gesehenen Aspekte erfaßt. Zusätzlich finden die für die Krankheitsbewältigung wesentlichen Bereiche der "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" und die "Belastung durch die Krankheit" im Coping-Interview eine besondere Berücksichtigung; dies ist dem besonderen Ziel des Leitfadens, nämlich das Bewältigungsverhalten chronisch kranker Dialysepatienten zu erfassen, angemessen.

2.2.2. Das Verhalten der Gesamtstichprobe

2.2.2.1. Fragestellung und Methodik

In diesem Abschnitt geht es darum, das Verhalten der Stichprobe in ihrer Gesamtheit zu charakterisieren, bevor im folgenden Abschnitt der Versuch unternommen wird, innerhalb dieses Kollektivs Untergruppen zu bilden.

Zur Beschreibung des Verhaltens der Gesamtstichprobe wurden Mittelwerte und Standardabweichungen der Items berechnet.

Weiterhin werden mit dem T-Test Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten auf ihre Signifikanz geprüft. Die Systematisierung der Darstellung der Items entspricht der in IV 2.2.1.2.2. "Clusteranalyse der Variablen" gewählten.

2.2.2.2. Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Tab. 21 enthält die Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des Coping-Interviews für die Gesamtstichprobe und für die männlichen und weiblichen Patienten getrennt.

Niedrige Mittelwerte bedeuten dabei starke Zustimmung bzw. große Häufigkeit, hohe Mittelwerte das Gegenteil. Zunächst sollen die Unterschiede zwischen den geschlechtsgetrennten Stichproben unberücksichtigt bleiben.

Für die befragten Dialysepatienten ergibt sich:

Art des Handelns/Art des Denkens

Sie sind insgesamt gut über ihre Krankheit und allem, was damit zusammenhängt informiert ($\bar{x} = 1.883$) und es ist auch eher der Wunsch nach Informationen vorhanden ($\bar{x} = 2.083$).

Aktives Handeln wird bevorzugt als Strategie benutzt, um die Krankheit und die damit verbundenen Konflikte zu lösen ($\bar{x} = 2.650$). "Fliehen" wird kaum ($\bar{x} = 4.567$)

Tab. 21 : (Dann - Antwort)

Mittelwerte in runden: für Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen orientierten mit dem t-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte			Streuungen			df	t	Signif.
	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen			
Informiertheit	1.893	1.750	2.250	0.715	0.686	0.683	58	2.50	0.015 ^{**}
Wunsch nach Information	2.083	1.458	2.625	1.270	1.185	1.408	58	2.03	0.047 ^{**}
Denken über Häufigkeit	3.190	3.132	2.875	1.269	0.971	1.510	58	0.98	0.330
Reden über Häufigkeit	3.668	3.125	4.057	0.790	0.762	0.772	58	1.26	0.058 [*]
Der Krankheit entgegenzutreten	2.650	2.400	3.312	1.273	1.165	1.352	58	2.14	0.014 ^{**}
Der Krankheit fliehen	4.567	4.443	4.625	0.767	0.761	0.806	58	0.35	0.726
Der Krankheit ausgeglichen entgegenzutreten	3.25	3.443	2.387	1.257	1.170	1.352	58	2.15	0.03 ^{**}
Der Krankheit passiv entgegenzutreten	3.783	4.043	3.662	1.195	1.011	1.339	58	3.00	0.004 ^{***}
Nachdenken für effektiv halten	4.253	3.364	4.500	1.174	1.153	0.816	58	2.03	0.047 ^{**}
Reden für effektiv halten	3.75	3.500	4.000	1.019	1.010	1.033	58	1.15	0.255
Für effektiv halten, der Krankheit entgegenzutreten	2.217	2.091	2.562	1.027	0.910	1.263	58	1.59	0.116
Für effektiv halten, der Krankheit zu fliehen	4.600	4.614	4.562	0.741	0.689	0.392	58	0.23	0.815
Für effektiv halten, der Krankheit ausserlichen entgegenzutreten	3.55	3.659	3.250	1.156	1.077	1.342	58	1.22	0.229
Für effektiv halten, der Krankheit passiv entgegenzutreten	4.183	4.295	3.375	1.017	0.851	1.360	1944	1.16	0.262
Positive Veränderungen nennen	4.617	4.614	4.625	0.739	0.689	0.885	58	0.05	0.359
Negative Veränderungen nennen	3.067	2.950	3.375	1.006	1.011	0.957	58	1.44	0.154
Veränderungen ausgeglichen nennen	2.850	2.886	2.750	1.037	1.125	1.000	58	0.43	0.671
Keine Veränderungen nennen	3.317	3.432	3.000	0.348	0.950	0.894	58	1.13	0.115
Positive Gefühle nennen	4.567	4.591	4.500	0.563	0.583	0.516	58	0.55	0.583
Negative Gefühle nennen	3.850	3.841	3.875	0.799	0.726	0.885	58	0.14	0.885
Gefühle ausgeglichen nennen	2.083	2.114	2.000	0.743	0.689	0.394	58	0.52	0.605
Keine Gefühle nennen	2.533	2.568	2.625	0.829	0.846	0.806	58	0.23	0.617
Wütend sein - meinen	4.017	3.977	4.125	1.066	1.067	1.088	58	0.47	0.639
Angst haben - meinen	4.217	4.432	3.625	1.151	0.846	1.628	1803	1.89	0.075 [*]
Niedergeschlagen sein - meinen	3.917	3.977	3.750	1.046	1.000	1.183	58	0.74	0.462
Selbst Tod ansprechen	1.906	1.886	1.938	0.303	0.321	0.250	58	0.58	0.567
Über den Tod nachdenken - Häufigkeit	3.817	3.932	3.500	1.157	0.998	1.506	1939	1.07	0.229
Über den Tod reden - gefällt	2.750	2.614	3.125	0.968	0.813	1.258	1974	1.31	0.185
Über den Tod reden - burschikos	3.533	3.455	3.750	1.241	1.210	1.342	58	0.81	0.423
Über den Tod reden - ängstlich	4.567	4.705	4.187	0.811	0.594	1.223	1764	1.62	0.122
Über den Tod reden - niedergeschlagen	4.200	4.455	3.000	1.162	0.791	1.673	1750	2.19	0.042 ^{**}
Versuch, einen Sinn zu finden	4.017	4.341	3.125	1.535	1.311	1.794	58	2.35	0.003 ^{***}
Sinn suchen - religiös	3.850 (20Vas)	4.700 (10Vas)	3.000 (10Vps)	1.725	0.349	1.944	1306	2.49	0.027 ^{**}
Sinn suchen - philosophisch	4.700 (20Vas)	4.400 (10Vas)	5.000 (10Vas)	0.923	1.263	0.000	13	1.50	0.151
Gelingt, Sinn zu finden	3.750 (20Vas)	3.700 (10Vas)	3.800 (10Vas)	1.581	1.636	1.619	13	0.14	0.892
Sinn suchen ist eine Hilfe	3.650 (20Vas)	3.700 (10Vas)	3.600 (10Vas)	1.631	1.656	1.713	13	0.13	0.835
Selbstbild - positive Aspekte	3.283	3.273	3.312	1.057	1.063	1.073	58	0.12	0.900
Selbstbild - negative Aspekte	4.357	4.364	4.375	0.502	0.563	0.713	58	0.27	0.792

Tab. 21 : Fortsetzung

Item-Kürzbezeichnung	Ins-ge-samt	Mittelwerte Männer	Frauen	Ins-ge-samt	Streuungen Männer	Frauen	DF	T	Signi- fikanz
Selbstbild - Aspekte ausgeglichen	2.670	2.636	2.687	0.936	1.014	0.704	58	0.19	0.853
Selbstbild - nichts nennen	3.317	3.318	3.312	1.017	1.029	1.014	58	0.02	0.985
Kompetent halten - Freizeit	1.500	1.295	2.062	1.050	0.701	1.569	1723	1.89	0.076
Kompetent halten - Beruf	1.281 (31 ps)	1.310 (29 ps)	1.000 (37 ps)	0.581	0.604	0.000	30	0.88	0.387
Kompetent halten - Kontakte	1.517	1.455	1.687	0.983	0.875	1.250	58	0.81	0.421
Pläne haben	3.667	3.614	3.812	0.877	0.841	0.981	58	0.77	0.442
Positives in der Zukunft sehen	3.717	3.705	3.750	0.804	0.701	1.065	1394	0.16	0.675
Negatives in der Zukunft sehen	4.450	4.409	4.562	0.746	0.787	0.629	58	0.70	0.486
Zukunft ausgeglichen sehen	2.100	2.068	2.188	0.838	0.789	0.981	58	0.48	0.630
Nichts für die Zukunft nennen	2.833	2.886	2.687	1.011	0.970	1.138	58	0.67	0.505
Zuversicht bezüglich der Hobbies	1.717	1.659	1.875	0.715	0.680	0.806	58	1.03	0.305
Zukünftige Zufriedenheit mit den Hobbies	1.350	1.318	1.437	0.777	0.740	0.892	58	0.52	0.603
Zuversicht bezüglich der Weiter- führung des Berufs	1.548 (32 ps)	1.607 (29 ps)	1.000 (37 ps)	0.768	0.786	0.000	29	1.32	0.198
Zuversicht wieder zu arbeiten	3.759 (28 ps)	3.313 (15 ps)	4.308 (12 ps)	1.550	1.580	1.377	27	1.78	0.086
Zukünftige Zufriedenheit mit dem Beruf	1.767	1.841	1.562	1.015	1.010	1.031	58	0.94	0.352
Zuversicht bezüglich der Kontakte	1.567	1.545	1.625	0.563	0.504	0.719	58	0.48	0.633
Zukünftige Zufriedenheit mit den Kontakten	1.133	1.114	1.187	0.389	0.321	0.544	1394	0.51	0.615
Einschränkung senen	2.533	2.500	2.625	1.255	1.171	1.500	58	0.34	0.736
Einschränkung aushalten	2.000 (57 ps)	1.907 (43 ps)	2.286 (14 ps)	1.180	1.109	1.383	55	1.04	0.301
Ungewißheit erleben	3.733	3.659	3.938	1.300	1.275	1.389	58	0.73	0.468
Ungewißheit ertragen	2.412 (33 ps)	2.185 (27 ps)	3.286 (7 ps)	1.131	1.075	0.951	32	2.46	0.019 ^x
Beziehung Partner - besser	4.681 (47 ps)	4.765 (34 ps)	4.462 (13 ps)	0.629	0.606	0.660	45	1.50	0.141
Beziehung Partner - schlechter	4.596	4.647	4.462	0.798	0.734	0.967	45	0.71	0.482
Beziehung Partner - ausgeglichen	1.638	1.529	1.923	0.819	0.788	0.862	45	1.49	0.142
Beziehung Partner - unverändert	1.723	1.588	2.077	0.994	0.957	1.038	45	1.53	0.133
Beziehung Partner - Zufriedenheit	1.596	1.441	2.000	1.262	1.078	1.633	1633	1.14	0.270
Partner - über Probleme reden	2.787	2.735	2.923	0.977	0.864	1.256	45	0.59	0.561
Partner - über Gefühle reden	3.255	3.412	2.846	1.132	0.957	1.463	1609	1.29	0.215
Partner für eine Hilfe halten	1.255	1.059	1.769	0.820	0.343	1.363	1259	1.86	0.086
Dem Partner etwas geben können	1.426	1.324	1.692	0.994	0.843	1.316	1592	0.94	0.361
Beziehung Familie - besser	4.659 (41 ps)	4.759 (29 ps)	4.417 (12 ps)	0.575	0.511	0.669	39	1.78	0.083
Beziehung Familie - schlechter	4.829	4.828	4.833	0.442	0.468	0.389	39	0.04	0.970
Beziehung Familie - ausgeglichen	1.366	1.276	1.583	0.581	0.528	0.669	39	1.57	0.125
Beziehung Familie - unverändert	1.512	1.414	1.750	0.779	0.780	0.754	39	1.27	0.212
Beziehung Familie - Zufriedenheit	1.244	1.345	1.000	0.767	0.897	0.000	39	1.32	0.194
Familie - über Probleme reden	3.780	3.931	3.417	1.107	0.998	1.311	39	1.37	0.179
Familie - über Gefühle reden	3.951	4.172	3.417	1.071	0.966	1.165	39	2.15	0.038 ^x
Familie - für eine Hilfe halten	2.049	2.207	1.667	1.580	1.590	1.557	39	1.00	0.325

Tab. 21 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte			Streuungen			DF	T	Signi- fikanz
	Ins- ge- samt	Männer	Frauen	Ins- ge- samt	Männer	Frauen			
Der Familie etwas geben können	1.488	1.690	1.000	1.028	1.168	0.000	39	2.03	0.049 ^x
Beziehung Bekannte - besser	4.817	4.818	4.812	0.390	0.390	0.403	58	0.05	0.961
Beziehung Bekannte - schlechter	4.500	4.432	4.687	0.725	0.759	0.602	58	1.21	0.230
Beziehung Bekannte - ausgeglichen	1.617	1.659	1.500	0.691	0.713	0.632	58	0.79	0.435
Beziehung Bekannte - unverändert	1.683	1.750	1.500	0.770	0.811	0.632	58	1.11	0.270
Beziehung Bekannte - Zufriedenheit	1.467	1.477	1.437	0.965	0.952	1.031	58	0.14	0.889
Bekannte - über Probleme reden	3.917	3.864	4.063	0.829	0.824	0.854	58	0.82	0.416
Bekannte - über Gefühle reden	4.000	4.023	3.937	0.883	0.876	0.929	58	0.33	0.744
Bekannte für eine Hilfe halten	3.067	2.864	3.625	1.774	1.773	1.708	58	1.48	0.143
Den Bekannten etwas geben können	2.850	2.727	3.188	1.706	1.590	2.007	58	0.92	0.360
Die Behandlung ist eine Belastung	3.033	3.045	3.000	1.134	1.120	1.211	58	0.14	0.892
Positives der Behandlung sehen	2.317	2.409	2.062	1.524	1.515	1.569	58	0.78	0.441
Dem Dialysegerät ausgeliefert fühlen	4.100	3.909	4.625	1.324	1.378	1.025	58	1.89	0.063 ¹
Einfluß auf die Krankheit haben	1.800	1.955	1.375	1.412	1.539	0.885	4652	1.81	0.077 ¹
Ärzte - Vertrauen	1.350	1.455	1.063	0.820	0.926	0.250	5556	2.56	0.012 ^x
Ärzte - über Probleme reden	2.850	2.864	2.813	0.777	0.765	0.834	58	0.22	0.824
Ärzte - über Gefühle reden	3.233	3.341	2.937	0.963	0.939	0.998	58	1.45	0.153
Durch Ärzte informiert	1.500	1.614	1.187	1.097	1.185	0.750	4242	1.65	0.107
Ärzte - nach Information fragen	2.767	2.727	2.875	0.745	0.694	0.885	58	0.68	0.502
Ärzte - Kooperation gut	1.267	1.341	1.063	0.634	0.713	0.250	5799	2.24	0.029 ^x
Pflegepersonal - Vertrauen	1.533	1.614	1.312	1.016	1.016	0.873	58	1.02	0.314
Pflegepersonal - über Probleme reden	4.083	4.205	3.750	0.869	0.701	1.183	1897	1.45	0.164
Pflegepersonal - über Gefühle reden	4.400	4.568	3.938	0.785	0.661	0.929	58	2.92	0.005 ^{xx}
Durch Pflegepersonal informiert	2.283	2.341	2.125	1.574	1.613	1.500	58	0.47	0.642
Pflegepersonal nach Information fragen	3.617	3.705	3.375	0.958	0.878	1.147	58	1.18	0.242
Pflegepersonal - Kooperation gut	1.683	1.795	1.375	1.081	1.133	0.885	58	1.34	0.184
Während des Interviews - reflektiert	3.933	3.909	4.000	1.118	1.178	0.966	58	0.28	0.782
Während des Interviews - offen	2.933	3.136	2.375	1.326	1.374	1.025	58	2.02	0.048 ^x
Während des Interviews - ausgeglichen	2.967	2.864	3.250	1.193	1.212	1.125	58	1.11	0.271
Während des Interviews - ärgerlich	4.250	4.159	4.500	1.114	1.180	0.894	58	1.05	0.299
Während des Interviews - ängstlich	4.433	4.545	4.125	0.831	0.697	1.088	1266	1.44	0.165
Während des Interviews - niedergeschlagen	3.867	4.00	3.500	1.228	1.121	1.461	58	1.41	0.165

und "Abwarten" auch eher nicht ($\bar{x} = 3.783$) als Handlungsalternative verwandt.

Die Einschätzung der Effektivität dieser Verhaltensweisen deckt sich weitgehend mit der realen Häufigkeit ihres Vorkommens.

Die Patienten denken nur manchmal über ihre Krankheit nach ($\bar{x} = 3.100$) und halten dies noch seltener für effektiv ($\bar{x} = 4.033$). Dementsprechend geben sie auch an, eher nicht zu versuchen, ihre Krankheit in einen Sinnzusammenhang einzuordnen ($\bar{x} = 4.017$). Diejenigen die es tun, versuchen dies selten von einem religiösen Zugang, noch seltener von einem philosophischen. Vielmehr scheint bei diesen etwas abzulaufen in Richtung "Warum gerade ich?" oder "Was habe ich falsch gemacht?". Einen Sinn zu finden gelingt dann auch nur manchmal bis eher selten und das Bemühen ist auch nur in gleichem Umfang eine Hilfe ($\bar{x} = 3.750$ bzw. 3.650). Über den Tod wird eher nicht nachgedacht ($\bar{x} = 3.817$). Das befragte Kollektiv wirkt insgesamt mittel bis eher nicht reflektiert ($\bar{x} = 3.933$).

Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Die befragten Dialysepatienten reden nur manchmal bis eher selten mit anderen über ihre Krankheit und die dadurch bedingten Probleme ($\bar{x} = 3.633$) und halten dies auch nur im gleichen Umfang für effektiv ($\bar{x} = 3.750$). Mit ihnen näher stehenden Bezugspersonen, wie Familie und Bekannte reden sie auch nicht häufiger über Probleme und Gefühle; lediglich mit dem Partner geschieht das häufiger ($\bar{x} = 2.787$ bzw. 3.255).

Dabei gilt für alle Bezugspersonen, daß die Patienten noch eher mit ihnen "sachlich" über Probleme reden, als daß sie ihnen ihre Gefühle mitteilen.

Die Einschätzung des Verhaltens der Patienten während des Interviews deckt sich mit den vorhergehenden Ergebnissen. Auf der Dimension "Offenheit" nehmen die Patienten eine mittlere Position ein ($\bar{x} = 2.933$) und sie äußern auch während des Interviews eher keine Gefühle ($\bar{x} = 2.583$).

Gestimmtheit/Emotionales Befinden

Die Dialysepatienten nennen, wie bereits erwähnt, während des Interviews eher keine Gefühle. Wenn sie es tun, nennen sie ganz wenig positive Gefühle ($\bar{x} = 4.567$) auch negative Gefühle eher selten ($\bar{x} = 3.850$). Insgesamt sind die beiden Äußerungen eher ausgeglichen; die negativen Gefühle überwiegen etwas.

Über den Tod reden die Patienten eher gefaßt ($\bar{x} = 2.750$) und in mittlerem Ausmaß burschikos ($\bar{x} = 3.533$). Ängstlich und niedergeschlagen reden sie eher nicht über den Tod ($\bar{x} = 4.567$ bzw. 4.200).

Die Patienten selbst halten sich auch eher nicht für wütend ($\bar{x} = 4.017$), ängstlich ($\bar{x} = 4.217$) oder niedergeschlagen ($\bar{x} = 3.917$). Die Einschätzung ihres emotionalen Befindens durch den Befrager deckt sich weitgehend mit ihrer eigenen. Die Patienten wirkten eher nicht ärgerlich und ängstlich ($\bar{x} = 4.250$ bzw. 4.433) und nur etwas mehr niedergeschlagen ($\bar{x} = 3.867$).

Einschätzen/Bewerten

Durch die Krankheit bedingte Veränderungen werden nur in mittlerem Ausmaß genannt ($\bar{x} = 3.317$), wobei Verbesserungen eher nicht ($\bar{x} = 4.627$), Verschlechterungen in mittlerem Ausmaß genannt werden ($\bar{x} = 3.067$). Insgesamt herrscht eine eher ausgeglichene Sichtweise vor, mit leichtem Überhang des Negativen ($\bar{x} = 2.850$).

Einschränkungen durch die Krankheit werden auch nur in etwa mittlerem Ausmaß gesehen ($\bar{x} = 2.533$). Diejenigen, die Einschränkungen sehen, können diese jedoch eher ohne Resignation ertragen ($\bar{x} = 2.000$).

Eine Ungewißheit aufgrund der Krankheit wird auch nur manchmal bis eher nicht ($\bar{x} = 3.733$) erlebt, auch diese können die Patienten eher ohne Verzweiflung aushalten ($\bar{x} = 2.412$), allerdings weniger gut als die Einschränkung.

Die Behandlung, Diät und Medikamenteneinnahme sowie die Dialyse selbst, werden nur in einem mittlerem Ausmaß als Belastung erlebt ($\bar{x} = 3.033$) und es werden

auch eher positive Seiten der Behandlung gesehen ($\bar{x} = 2.317$).

Die Patienten fühlen sich dem Dialysegerät eher nicht ausgeliefert ($\bar{x} = 4.100$).

Welche Veränderungen sehen die Patienten aufgrund ihrer Erkrankung in anderen Bereichen?

Die Beziehung zum Partner, zur Familie und zu Bekannten wird eher für unverändert gehalten (alle $\bar{x}$ ungefähr 1.5 bis 1.7). Hinsichtlich der Beziehung zu Partner und Bekannten werden in sehr geringem Umfang mehr Verschlechterungen als Verbesserungen genannt, bezüglich der Beziehung zur Familie ist es umgekehrt.

Die Zufriedenheit mit diesen Beziehungen ist groß. Dabei steht die Familie an erster Stelle ($\bar{x} = 1.244$), es folgt die Zufriedenheit mit der Beziehung zu Bekannten ($\bar{x}=1.467$), dann die mit der Beziehung zum Partner ($\bar{x} = 1.596$).

Die Patienten glauben, daß ihnen Partner, Familie und Bekannte eine Hilfe sind, und zwar in der Reihenfolge ihrer Nennung hier. Dabei bestehen zwischen diesen Personengruppen relativ große Unterschiede ($\bar{x} = 1.255$, $\bar{x} = 2.049$ und $\bar{x} = 3.067$). Umgekehrt meinen die Patienten auch, daß sie den anderen etwas geben können, in etwa gleichem Umfang wie die anderen ihnen eine Hilfe sind. Allerdings glauben sie, daß sie Familie und Bekannten sogar mehr geben können, während dies in der Beziehung zum Partner umgekehrt ist.

Auf die Frage nach ihrem Selbstbild äußerten sich die Befragten eher zurückhaltend ($\bar{x} = 3.317$), positive und negative Aspekte wurden eher ausgeglichen genannt ($\bar{x} = 2.650$), wobei die positiven Aspekte überwogen. Sie halten sich hinsichtlich Beruf, Freizeitgestaltung und Sozialkontakten für kompetent ($\bar{x}$ ungefähr 1.2 bis 1.5) und schreiben sich Einfluß auf den Verlauf ihrer Krankheit zu ($\bar{x} = 1.800$).

Was die Zukunft betrifft meinen die Patienten bei direkter Nachfrage, daß sie Hobbies, Beruf und Kontakte

werden weiterführen können ($\bar{x}$ ungefähr 1.5 bis 1.7) und daß sie damit zufrieden sein werden ($\bar{x}$ ungefähr 1.1 bis 1.7). Die künftige Zufriedenheit mit dem Beruf wird am geringsten eingeschätzt. Hier geht auch die Erwartung der Rentner mit ein, die eher nicht glauben, wieder arbeiten zu können ($\bar{x} = 3.759$) und demgemäß wahrscheinlich eher erwarten, auch in der Zukunft mit ihrer Berufstätigkeit nicht zufrieden zu sein.

Trotz dieser positiven Sichtweise, die bei direkter Nachfrage deutlich wird, äußern die Patienten nur manchmal, bis her keine Pläne für die Zukunft ($\bar{x} = 3.667$). Diese Tendenz, sich eher nicht mit der Zukunft zu befassen zeigt sich auch darin, daß eher "keine Erwartungen" für die Zukunft genannt werden ($\bar{x} = 2.833$). Jedoch stehen auch hier positive Erwartungen gegenüber negativen im Vordergrund.

Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

Die Patienten fühlen sich von Ärzten und Pflegepersonal gut informiert, sie haben Vertrauen und finden die Kooperation gut ($\bar{x}$ ungefähr 1.2 bis 1.6, lediglich "Durch Pflegepersonal informiert" $\bar{x} = 2.283$).

Die Beziehung zu den Ärzten wird in allen Punkten positiver eingeschätzt, dies gilt insbesondere für das Item "Informiert werden".

Die Ärzte werden häufig bis manchmal nach Informationen gefragt, etwas weniger reden die Patienten mit ihnen über ihre Probleme und noch seltener über ihre Gefühle ($\bar{x} = 2.767, 2.850$ bzw. 3.233). Die Patienten reden jedoch mit den Ärzten etwa genauso häufig über ihre "Probleme und Gefühle" wie mit ihren Partnern.

Bezüglich der letzten drei Items unterscheidet sich das Pflegepersonal stark von den Ärzten: Sie werden nur manchmal bis selten nach Informationen befragt ($\bar{x} = 3.617$), und nur selten sprechen die Patienten mit ihnen über Probleme und Gefühle ($\bar{x} = 4.083$ bzw. 4.400).

Zusammengefaßt ergeben die dargestellten Ergebnisse folgendes Bild vom Verhalten der befragten Stichprobe:

Die Patienten sind sachlich informiert und setzen sich mit konkreten Situationen aktiv handelnd auseinander. Bezüglich der intrapsychischen Auseinandersetzung sind sie allerdings eher zurückhaltend, vor allem was emotional belastende Probleme betrifft. So denken sie nur in mittlerem Ausmaß über die Krankheit nach, über deren Sinn nur selten, ebenso wenig über den Tod.

Die Patienten wirken wenig reflektiert.

Diese Strategie, Belastendes eher auszuklammern, zeigt sich auch darin, daß Veränderungen durch die Krankheit nur in mittlerem Ausmaß gesehen werden und die Patienten sich nur "manchmal" durch Krankheit und Therapie belastet fühlen.

Noch weniger negative Änderungen werden bezüglich der Beziehungen zu Partner, Familie und Bekannten/Freunden gesehen; hier ist es wahrscheinlich auch eher möglich, Konflikte zu negieren, als das bei den direkten Belastungen durch die Krankheit der Fall ist. Die Zufriedenheit mit den Kontakten zu den oben genannten Personen ist groß. Auch Selbstbild und Kompetenzgefühl sind deutlich positiv ausgeprägt.

Das trotzdem eine gewisse Unsicherheit bei den Patienten besteht, zeigt sich in ihrem Umgang mit der Zukunft. Sie nennen nur wenig Pläne und es werden auch kaum Erwartungen genannt. Jedoch stehen auch hier positive Erwartungen im Vordergrund.

So wie die Patienten sich intrapsychisch, also auch sich selbst gegenüber, emotional belastenden Problemen gegenüber eher verschließen, so halten sie sich auch anderen gegenüber eher zurück.

Sie reden nur manchmal bzw. selten mit anderen über ihre Gefühle und Probleme. Lediglich dem Partner und dem Arzt gegenüber sind sie etwas offener. Auch während des Interviews äußerten sie kaum Gefühle und wurden nur in mittlerem Ausmaß als "offen" eingeschätzt.

Die Patienten wirkten in mittlerem Maße ausgeglichen, am ehesten noch niedergeschlagen, dann ärgerlich, am wenigsten ängstlich. Alle drei Eigenschaften sind jedoch nur gering ausgeprägt. Die Patienten redeten eher gefaßt und burschikos über den Tod. Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal kann man als gut bezeichnen.

Die befragten Dialysepatienten wirkten also insgesamt ausgeglichen, aktiv und eher burschikos mit ihren Problemen umgehend, ohne daß letzteres zum extremen Ausklammern von Konflikten führt. Sie sind informiert, jedoch sieht es so aus, als seien sie auf der Hut, ihre Gefühle aus der Kontrolle zu verlieren und bemüht, Konflikte eher zuzudecken; Sie waren dabei relativ zufrieden.

Man kann sagen, daß bei der Gesamtstichprobe die Dimension, die bei der Clusteranalyse der Variablen als "Handlungsorientierte, verschlossene Zufriedenheit/Positive Beziehungen zu Ärzten und Pflegepersonal" bezeichnet wurde, am stärksten ausgeprägt ist.

Bevor in einem weiteren Schritt versucht werden soll, innerhalb der Gesamtstichprobe weitere Untergruppen zu unterscheiden, sollen zunächst die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten dargestellt werden.

2.2.2.3. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten

Tab. 21 enthält auch die Ergebnisse des T-Tests für die Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

Folgende signifikante Unterschiede wurden gefunden: (Als signifikant wurde ein $p < 0.1$ gewertet.)

Die männlichen Patienten sind besser informiert ($p = 0.015$) und haben auch einen größeren Wunsch nach Information ($p = 0.047$). Sie halten Nachdenken für effektiver ($p = 0.047$).

Dagegen versuchen die weiblichen Patienten häufiger, den Sinn ihrer Krankheit zu verstehen ($p = 0.060$) und tun dies auch eher als die männlichen Patienten in einer religiösen Richtung ($p = 0.027$).

Während die Männer der Stichprobe signifikant häufiger aktiv-handelnd an die Krankheit und die dadurch bedingte Situation herangehen ($p = 0.014$), verhalten sich die Frauen häufiger abwartend ($p = 0.004$).

Die männlichen Patienten glauben eher, daß sie die Ungewißheit durch die Krankheit ertragen können ($p = 0.019$).

Dagegen fühlen sie sich stärker dem Dialysegerät ausgeliefert ($p = 0.063$), während die weiblichen Patienten eher glauben, daß sie den Verlauf ihrer Erkrankung beeinflussen können ($p = 0.077$).

Die Männer schreiben sich im Freizeitbereich eine größere Kompetenz zu ($p = 0.076$).

Während die männlichen Patienten ihre Partnerin für eine größere Hilfe halten, als die weiblichen Patienten ihren Partner ($p = 0.086$), glauben die weiblichen Patienten häufiger, daß ihre Beziehung zur Familie besser geworden ist ($p = 0.083$) und daß sie ihrer Familie etwas geben können ($p = 0.049$). Die Patientinnen reden auch häufiger mit der Familie über ihre Gefühle ($p = 0.038$) und sie sind während des Interviews offener ($p = 0.048$).

Weiterhin unterscheiden sich die weiblichen Patienten im Bereich "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" von den männlichen Patienten.

Sie haben mehr Vertrauen zu den Ärzten ($p = 0.013$), halten die Kooperation mit diesen für besser ($p = 0.029$) und reden mit dem Pflegepersonal mehr über ihre Gefühle.

Zusammenfassend kann man sagen, daß sich die Patientinnen eher passiv verhalten und eher "emotional getönt" über ihre Krankheit nachdenken. Dagegen sind die Patienten eher sachlich informiert, suchen häufiger Informationen und halten nachdenken auch für effek-

tiver. Wahrscheinlich dies gerade deshalb, weil sie mit "Nachdenken" eher sachliche Auseinandersetzung als "Grübeln" assoziieren.

Die Patienten haben stärker den Eindruck, daß ihre Partnerin ihnen eine Hilfe ist, während die Patientinnen trotz ihrer Erkrankung eher glauben, daß sie ihrer Familie eine Hilfe sind. Sie sind auch emotional offener gegenüber anderen Menschen.

2.2.2.4. Zusammenfassung und Diskussion

In der Auswertung des Coping-Interviews ergaben sich für die befragten Patienten die folgenden Ergebnisse: Sie wirken sachlich informiert und sie setzen sich mit konkreten Situationen aktiv handelnd auseinander. Im Bereich der intrapsychischen Auseinandersetzung sind sie dagegen eher zurückhaltend, vor allem was emotional belastende Probleme betrifft. Sie sehen auch nur in mittlerem Ausmaß Veränderungen durch die Krankheit, die Therapie wird nur in mittlerem Maß als Belastung gesehen. Das gleiche gilt für Einschränkungen aufgrund der Krankheit. Die Patienten erleben auch eher keine Ungewißheit aufgrund ihrer Erkrankung. Gegenüber der eigenen Person überwiegt deutlich eine positive Einstellung. Die Patienten halten sich im Freizeit-, Kontakt- und Berufsbereich für sehr kompetent und schreiben sich auch Einfluß auf den Verlauf ihrer Krankheit zu. Für die Zukunft haben sie, trotz überwiegend positiver Sicht, eher keine Pläne. So wie die Patienten intrapsychisch eher zurückhaltend/nicht offen sind, so verhalten sie sich auch anderen gegenüber hinsichtlich des Äußerns von Gefühlen und Problemen eher zurückhaltend. Dabei wirken sie jedoch insgesamt ziemlich ausgeglichen und nur wenig niedergeschlagen, ärgerlich und ängstlich.

Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist gut, die Bewertung allerdings positiver als die reale Kooperation.

Bei der Gesamtstichprobe ist die Dimension "Handlungsorientierte - verschlossene Zufriedenheit/Positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" am stärksten ausgeprägt.

Zwischen männlichen und weiblichen Patienten bestehen einige signifikante Unterschiede. Die Patientinnen verhalten sich eher passiv und denken häufiger "emotional getönt" über die Krankheit nach und sind auch offener gegenüber anderen. Dagegen sind die männlichen Patienten eher sachlich informiert und halten "Nachdenken" auch für effektiver. Weiterhin glauben die Frauen eher, daß sie ihrer Familie eine Hilfe sind, während die Patienten eher meinen, daß ihre Partnerin ihnen eine Hilfe ist.

Prüft man, welcher der fünf in Abschnitt III 1. "Erwartungen und Ziele" beschriebenen Gruppen die vorgefundene Stichprobe aufgrund ihrer Auseinandersetzungsstrategie zuzuordnen ist, so ähnelt sie wohl am meisten der dort an zweiter Stelle beschriebenen intrapsychisch passiven, im Handeln aktiven Gruppe, mit einem positiv geprägten Konzept. Sie hat also die Eigenschaften, die von KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) als günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Anpassung genannt werden. Die Patienten wehren negative Aspekte ihrer Krankheit und der dadurch bedingten Situation eher ab, sind aber gleichzeitig nach außen aktiv. Die "spezifisch menschlichen" Dimensionen haben auch die erwartete Ausprägung: Die Patienten sind anderen gegenüber eher zurückhaltend, haben aber ein positives Selbstbild mit einem ausgeprägtem Kompetenzgefühl.

Auf der anderen Seite sind sie aber sachlich gut über ihre Krankheit informiert. Dies spricht dafür, daß ihr "Konzept" durchaus realitätsangemessen ist; es handelt sich also hier um einen Auseinandersetzungsstil, der vorn als "Vorstufe" bezeichnet wurde. Die Verleugnung führt hier nicht zu einem extremen Ausklammern von Realität, wofür auch die Tatsache spricht, daß Veränderungen durch die Krankheit sehr wohl gesehen werden und neben positiven Aspekten, die allerdings überwiegen, auch negative gesehen werden.

Verleugnung oder Abwehr wird in der Literatur über Dialysepatienten durchgehend als die dominierende Auseinandersetzungsstrategie bezeichnet. Dies kann aufgrund des Ergebnisses der hier befragten Patientenstichprobe bestätigt werden.

Es wurde von verschiedenen Autoren (u.a. ABRAM, 1977) die Annahme formuliert, daß diese Strategie bei den Patienten dazu führen kann, die Notwendigkeit der therapeutischen Auflagen zu verleugnen und mit dem medizinischen Personal nur mangelhaft oder gar nicht zu kooperieren. Eine Verarmung der Beziehung zu

anderen Menschen, die sich in einer eingeschränkten Kommunikation, insbesondere über Gefühle, niederschlägt (u.a. BALCK et al., 1978; TSALTAS, 1976) und eine emotionale Verödung, die in einem Mangel an Phantasie und Zukunftsorientierung ihren Ausdruck findet (GAUS und KÖHLE, 1979 b; HOLCOMB und MACDONALD, 1973) sind, weitere Phänomene, die durch die Abwehr bedingt werden sollen.

Bei den hier befragten Patienten sind alle diese Faktoren relativ stark, aber nicht extrem ausgeprägt. Auch dies spricht dafür, daß die Abwehr der untersuchten Stichprobe nicht extrem ausgebildet ist.

Immerhin ist sie jedoch so stark, daß sich die Patienten ein Gefühl der Konstanz der Lebensbedingungen, wie es sich in den nur in mittlerem Maß erlebten Veränderungen durch die Krankheit zeigt, erhalten können. Sie erleben auch eher keine Ungewißheit aufgrund der Krankheit und erleben auch die Therapie nur in diesem Ausmaß als Belastung und Einschränkung. Die Veränderungen durch die Krankheit wirken also nicht allzusehr als eine Krise. Die zuletzt genannten Faktoren werden von MALMQUIST et al. (1972) und FISHMAN und SCHNEIDER (1972) auch als günstige Voraussetzung für eine gute Anpassung genannt. Die Patienten scheinen aufgrund ihrer Abwehr auch den häufig genannten "Abhängigkeits-, Unabhängigkeits-Konflikt" nicht zu erleben. Sie halten sich im Gegenteil für sehr kompetent, auch was den Einfluß auf den Verlauf ihrer Erkrankung betrifft.

In der Dialyse-Literatur wird neben den "Verleugnern" eine zweite große Gruppe von Patienten genannt: Die passiv-~~apathischen~~, depressiven Patienten. Bei einer weiteren Gruppe soll dieses Befinden gepaart mit Angst und Verzweiflung auftreten. Ob eine der beiden oder beide Gruppen bei den hier befragten Patienten existieren, soll durch den nächsten Auswertungsschritt, in Abschnitt IV 2.2.3., durch eine Clusteranalyse der Elemente festgestellt werden.

Einen ersten Hinweis auf die Existenz einer Untergruppe geben die Besonderheiten, die bei den weiblichen Patienten festgestellt wurden.

Deren Spezifika, insbesondere ihre Tendenz, neben der Passivität im äußeren Handeln, über ihre Krankheit zu "grübeln", läßt darauf schließen, daß die Patientinnen eher der "passiven-grüblerischen" Gruppe, als der "passiv-apathischen" Gruppe zugeordnet werden können.

Diese Tendenz entspricht der von SHANAN et al. (1976) festgestellten. Auch diese meinen, daß der Coping-Stil der Frauen mehr affektgeladen und negativ getönt sei.

Die Besonderheiten der weiblichen Patienten lassen auch hier sozialisationsspezifische Einflüsse deutlich werden: Bei Frauen werden in der Erziehung, wie bereits ausgeführt, eher nach außen hin passive, nach innen gewendete und gefühlsbetonte Arten der Auseinandersetzung gefördert. Auch emotionale Offenheit gegenüber anderen wird Frauen eher zugestanden. Durch ihre Hausfrauentätigkeit nehmen sie der Familie gegenüber eine helfende und unterstützende Position ein, was sich in ihrem gegenüber den Patienten stärker ausgeprägten Gefühl, der Familie etwas geben zu können, dann auch niederschlägt.

Auch die Tatsache, daß Patientinnen ihre Partner weniger für eine Hilfe halten, als daß bei den männlichen Patienten der Fall ist, zeigt diesen Aspekt auf. Die männlichen Partner gehen ihrem Beruf nach und fühlen sich weniger für die Unterstützung ihrer erkrankten Partnerin zuständig. Dies war auch als Grund dafür genannt worden, daß die weiblichen Patienten sehr viel häufiger Limited-Care- bzw. Klinik-Dialyse durchführen. (Zur geschlechtsspezifischen Sozialisation siehe u.a. GOTTSCHALCH et al., 1972)

Das in einigen Punkten positivere Verhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal könnte daraus resultieren, daß die Patientinnen signifikant häufiger Limited-

Care-Dialyse durchführen, was zu einem engeren Kontakt, insbesondere zum Pflegepersonal führt. (Dabei ist die häufigere Durchführung der Limited-Care-Dialyse aber wiederum, wie eben ausgeführt ein Ausfluß der speziellen Situation der Frauen.) REICHSMAN und LEVY (1972) hatten bei Ängstlichen, GAUS und KÖHLE (1979 b) bei solchen mit Abhängigkeitswünschen ein Bedürfnis nach mehr Unterstützung und Hilfe angenommen. Die Besonderheiten des bei den Patientinnen dominierenden Stils könnten also auch bewirken, daß diese sich um eine intensivere Kooperation bemühen.

Die Stichprobe stimmt in den wesentlichen soziodemographischen Variablen weitgehend mit der Durchschnittsbevölkerung überein (abgesehen davon, daß die männlichen Patienten überrepräsentiert sind). Ihre finanzielle Situation ist aber vermutlich im Durchschnitt günstiger. Die berufliche Rehabilitation und die Dialysebedingungen können als positiv bezeichnet werden, so daß die befragten Patienten insgesamt relativ gute Bedingungen haben. Es stellt sich die Frage, ob diese günstige Situation nicht dazu beiträgt, die Belastungen durch die Krankheit gegenüber anderen, in der Literatur beschriebenen Kollektiven mit schlechteren Voraussetzungen zu reduzieren. Dies könnte auch dazu führen, eine eher verleugnende Art des Umgangs mit der Krankheit zu fördern, insofern sich die belastenden Aspekte noch in einem erträglichen Maß bewegen und die Kapazität der Patienten, Konflikte "auszublen- den" nicht überschritten wird. Wie bereits in Abschnitt II 2.2. erwähnt, liegen jedoch kaum vergleichbare soziodemographische Daten für andere Stichproben vor, so daß diese Annahme nicht überprüft werden kann.

Vergleicht man zum Abschluß noch die Ergebnisse der Stichprobe im Interview-Leitfaden mit denen in den Skalen Internale-Externale-Kontrolle und Repression-Sensitization, so kann man feststellen, daß diese weitgehend übereinstimmen.

Die Patienten fühlen sich, wie der Wert in der Skala Internale-Externale-Kontrolle erwarten ließ, im Freizeit-, Kontakt- und Berufsbereich, wie auch bezüglich ihrer Krankheit kompetent. Eventuell könnte aber der Wert in der Skala mehr in Richtung internale Kontrolle gehen, um den sehr ausgeprägten Kompetenzgefühlen zu entsprechen. Eventuell erfaßt die Skala Internale-externale-Kontrolle tatsächlich, wie bereits vorn angesprochen, zu sehr einen allgemein-politischen Faktor, als daß sie der speziellen Situation der Dialysepatienten gerecht werden könnte.

Der Wert der Patienten in der Repression-Sensitizations-Skala, der nahezu dem Grenzwert zur "Repression" entspricht, trifft die im Interview-Leitfaden erfaßte Art der Strategie der Patienten sehr genau. Diese wurden ja als Verleugner beschrieben, die aber Konflikte nicht in einem extremen Ausmaß abwehren. Mit Hilfe des Interview-Leitfadens konnten jedoch weitere Dimensionen erfaßt werden, die der umfassenden Charakterisierung der Auseinandersetzungsstrategie der befragten Patienten dienen. In diesem Sinne geht der Interview-Leitfaden über die Repression-Sensitizations-Skala hinaus.

2.2.3. Die Identifikation von Patientengruppen
mit unterschiedlichen Auseinandersetzungs-
strategien

2.2.3.1. Fragestellung und Methodik

2.2.3.1.1. Clusteranalyse der Elemente

Ziel dieses Abschnittes ist es, die Gesamtstichprobe daraufhin zu untersuchen, ob die Bildung von Untergruppen möglich ist, die sich hinsichtlich ihrer Auseinandersetzungsstrategien unterscheiden und diese Gruppierung gegebenenfalls vorzunehmen.

Bei dieser Fragestellung geht es um die Klassifikation von Elementen, hier um die von Versuchspersonen, nach angemessenen mathematisch-statistischen und heuristischen Kriterien; es liegt also ein Klassifikationsproblem vor.

Zur Lösung dieses Problems könnte sowohl eine Faktorenanalyse mit der Q-Technik, wie auch eine Clusteranalyse über die Elemente gerechnet werden.

ÜBERLA (1971) nennt folgende Argumente, die für eine Verwendung der Clusteranalyse sprechen:

- Wenn man Gruppen von Personen sucht, ohne daß die Frage nach den zugrundeliegenden Größen gestellt wird, ist der Einsatz einer Clusteranalyse indiziert.
- Mit der Faktorenanalyse können Gruppen nur dann gefunden werden, wenn die Punkte im Sinne der Einfachstruktur im Raum liegen. Sonst fassen die Faktoren eventuell Punkte zusammen, die nicht dicht zusammenliegen, sondern etwa hohe positive und negative Ladungen haben.

Läßt sich keine signifikante Einfachstruktur für einen oder mehrere Faktoren finden, dann kann man die Faktoren nicht als definierte Gruppen betrachten. Faktoren und Gruppen von Punkten müssen also nicht identisch sein.

- Die Q-Faktorenanalyse liefert im Gegensatz zur Clusteranalyse kein unmittelbares Zuordnungsschema

der Einzelfälle zu den Gruppen. Es müßten die Faktorenwerte für die Faktoren - die in diesem Fall Gruppen von Personen sind - für die einzelnen Personen geschätzt werden, und eine Person der Gruppe zugerechnet werden, in der sie den höchsten Faktorenwert hat. Allerdings ist das nicht immer sehr zwingend, z.B. dann nicht, wenn es mehrere hohe Werte gibt.

Diese Zuordnung, die die Clusteranalyse unmittelbar liefert, ist jedoch für die Auswertung der Ergebnisse von großem Interesse, da auch aus praktisch-klinischen Gründen die Zuordnung einzelner Patienten zu bestimmten Coping-Gruppen herausgefunden werden soll.

Aus diesen Gründen wurde die Gruppierung der Patienten mithilfe einer Clusteranalyse durchgeführt. Als angemessene Verfahren für die Clusterung von Elementen, hier von Personen, nennen STEINHAUSEN/LANGER (1977) die "Nicht-hierarchischen Verfahren" bzw. "Verfahren zur Verbesserung einer Anfangspartition". Empirisch hat sich unter diesen das "Hill-climbing-Verfahren" (STEINHAUSEN/LANGER, 1977, S. 118) als das beste herausgestellt.

Die Verfahren zur Verbesserung einer Anfangspartition haben wie alle Clusteranalysen zum Ziel, Gruppen zu bilden, innerhalb derer die Elemente möglichst ähnlich, die Elemente der verschiedenen Gruppen untereinander jedoch möglichst unähnlich sind.

Die hier angesprochenen Verfahren erreichen dies, indem sie eine Zielfunktion optimieren. Eine vorgegebene Anfangspartition wird durch Verschieben der Elemente zwischen den Gruppen gemäß eines Gütekriteriums iterativ zu immer besseren Gruppierungen bis hin zu einem Optimum verbessert. Die gewünschte Gruppenzahl wird dabei vorher festgelegt.

Es kann immer nur zu lokal optimalen Lösungen kommen, da es viel zu zeitaufwendig wäre, alle möglichen Zerlegungen zu bilden. Daher handelt es sich bei der Clusteranalyse also um ein heuristisches Verfahren.

Bei der Beurteilung der Lösungen spielen auch subjektive Faktoren eine Rolle.

Beim Hill-climbing-Verfahren erfolgt der Elementenaustausch im Sinne einer direkten Verbesserung des Varianzkriteriums. Innerhalb der Gruppen soll die geringste Varianz sein, zwischen den Gruppen die größte.

Bei der für diese Arbeit durchgeführten Berechnung wurde die Standard-Anfangspartition vorgegeben, d.h. die Elemente wurden in der Reihenfolge ihrer Numerierung Gruppen zugeteilt, die Zuordnung erfolgte also zufällig.

Für einzelne Patienten fehlende Werte wurden durch den Gruppenmittelwert ersetzt. Dies war bei 11 Items der Fall, die aus verschiedenen Gründen nicht von allen beantwortet wurden. Sie sind der Tab. 21 zu entnehmen, in der für diese Items jeweils in Klammern angegeben ist, von wieviel Patienten sie beantwortet wurden.

Es wurde eine 3, 4, 5 und 6-Cluster-Lösung gerechnet. Kriterien für die Entscheidung für eine der möglichen Lösungen sollen nun dargestellt werden.

2.2.3.1.2. Bestimmung der Cluster-Anzahl

Zur Bestimmung der Cluster-Anzahl empfehlen STEINHAUSEN/LANGER (1977) das folgende Verfahren, das Ähnlichkeit mit dem bei der Faktorenanalyse zur Festlegung der Faktorenanzahl verwendeten Scree-Tests hat.

Ausgehend von der Überlegung, daß der Wert der Zielfunktion der bei fest vorgegebener Clusteranzahl k für das erreichte lokale Minimum angenommen wird, meist eine monotone Funktion dieser Clusteranzahl k ist, sollte man k so wählen, daß der Unterschied der Werte dieser Funktion $v(k)$ an den Stellen $k-1$ und k deutlich stärker ist als der zwischen den Stellen k und $k+1$.

Eine relativ große Veränderung von $v(k-1)$ nach $v(k)$ läßt nämlich darauf schließen, daß die Lösung mit $k-1$ Clustern noch intern heterogene Gruppen enthält, wäh-

rend der geringe Unterschied von $v(k)$ nach $v(k+1)$ darauf hindeutet, daß eine Weiteraufteilung zu artifizuellen Clustern führt. Beim hier verwendeten Hill-climbing-Verfahren erfolgt der Elementenaustausch hinsichtlich der Verbesserung des Varianzkriteriums, daher wird dessen Wert für die Clusterlösungen mit verschiedenem k verglichen werden.

Gleichberechtigt sollten jedoch laut STEINHAUSEN/LANGER (1977) auch theoriegeleitete Erwägungen und die bessere Interpretierbarkeit bei der Wahl der Cluster-Anzahl eine Rolle spielen.

Zum Abschluß, vor der Darstellung der Ergebnisse, soll noch erörtert werden, wie man die gewählte Cluster-Lösung auf ihre Angemessenheit prüfen kann.

2.2.3.1.3. Überprüfung der gefundenen Cluster-Lösung mithilfe der Diskriminanzanalyse

Ein möglicher statistischer Ansatz zur Überprüfung der Hypothese, daß eine Gesamtmenge tatsächlich in Gruppen zerfällt, ist die Diskriminanzanalyse.

" Bei quantitativen Daten läßt sich einmal durch Projektion und Aufzeichnung der Datenpunkte in die von den ersten beiden Diskriminanzfunktionen aufgespannte Ebene eine visuelle Beurteilungshilfe erhalten, zum anderen geben die Ergebnisse der von der Diskriminanzanalyse richtig (re-)klassifizierten Elemente weitere Hinweise auf die Güte der erreichten Lösung. Werden wie nicht selten 90 - 95 % aller Elemente richtig klassifiziert, liegt i.a. eine zufriedenstellende Gruppierung vor."

(STEINHAUSEN/LANGER, 1977, S. 170)

Bei der Diskriminanzanalyse werden - anschaulich gesagt - zunächst die ursprünglichen Variablen so auf sogenannte Diskriminanzscores transformiert, daß hinsichtlich dieser Diskriminanzscores die vorgegebenen Gruppen möglichst gut getrennt erscheinen. (Mathematisch wird diese Transformation so bestimmt, daß das Verhältnis der Abweichungsquadratsummen zwischen den Gruppen zu denen innerhalb der Gruppen im Raum der noch unbekannten Diskriminanzscores maximal sein soll, was auf ein Eigenwertproblem führt, aus dessen Lösung

sich die Transformationsvorschriften ergeben.) Hieraus läßt sich dann auch ablesen, welche der ursprünglichen Variablen einen besonderen Beitrag zur Trennung der Gruppen liefert.

Ausgehend von der Nullhypothese, daß alle Gruppenzentroide gleich sind, liefert das Wilk'sche Lambda einen Testwert, aus dem sich ermitteln läßt, in welchem Maß die Diskriminanzfunktionen zur Unterscheidung der Gruppen in der Lage sind, ob sich die Gruppen also bezüglich der Variablen (simultan) unterscheiden. Für den kritischen Wert von Lambda werden im allgemeinen Approximationen durch Quantile der F-Verteilung oder Chi-Quadrat-Verteilung verwendet. Kleine Werte von Lambda (fast 0) bedeuten deutlich unterscheidbare Gruppen, wohingegen große Werte (fast 1) geringe Unterscheidbarkeit der Gruppen anzeigen.

Als weitere Kriterien kann man, wie bereits oben angesprochen, die visuelle Überprüfung der Lage der Datenpunkte in den von den beiden ersten Diskriminanzfunktionen aufgespannten Ebenen heranziehen und den prozentualen Anteil der von der Diskriminanzanalyse richtig reklassifizierten Elemente.

Bei der Berechnung der Diskriminanzanalyse wurden, wie bei der Clusteranalyse, für die Werte der Items, die nicht von allen Patienten beantwortet wurden, die Gruppenmittelwerte als Näherungswerte eingesetzt. Als Voraussetzung der Berechnung der Diskriminanzanalyse wurde zunächst eine Varianzanalyse für jedes im Coping-Interview enthaltene Item berechnet. Hierzu wurde das Wilks'sche Lambda verwendet und für den kritischen Wert die Approximationen der Quantile der F-Verteilung mit $k-1$ und $n-k$ Freiheitsgraden eingesetzt.

2.2.3.2. Ergebnisse

2.2.3.2.1. Bestimmung der Cluster-Anzahl

Die Anzahl k der zu wählenden Cluster sollte so festgelegt werden, daß die Veränderung des Wertes der Zielfunktion von $v(k-1)$ nach $v(k)$ am größten ist. Für das Hill-climbing-Verfahren, das hier zum Einsatz kam, erfolgt der Elementenaustausch hinsichtlich der Verbesserung des Varianzkriteriums. Um die Frage nach der Anzahl der Cluster zu lösen, wurden für die 3-, 4-, 5- und 6-Cluster-Lösung die Summen der Abweichungsquadrate innerhalb der Cluster jeweils addiert und miteinander verglichen.

Es ergab sich:

k	Varianzkriterium
3	5142
4	4877
5	4675
6	4476

Zwischen $k = 3$ und $k = 4$ besteht der größte Unterschied; aufgrund dieses Kriteriums sollte die 4-er-Lösung gewählt werden.

Auch Vergleiche der Cluster-Lösungen hinsichtlich ihrer Interpretierbarkeit und nach theoretischen Gesichtspunkten sprachen für diese Entscheidung. Bei der 4-Cluster-Lösung bildeten sich Gruppen heraus, die auch in der 5- und 6-Cluster-Lösung stabil blieben, d.h. die in ihnen enthaltenen Elemente wurden zwar z.T. abgegeben, aber zwischen den 4 ursprünglichen Gruppen wurden keine Elemente ausgetauscht.

Weiterhin lagen die zusätzlichen Cluster in ihren Antworten zwischen diesen 4 Gruppen und beinhalteten graduelle Abstufungen deren Verhaltens, ohne neue, andere Strukturen erkennen zu lassen.

Daher wurde die 4-Cluster-Lösung gewählt, die, wie im nächsten Abschnitt dargelegt, einer weiteren Analyse unterzogen wurde.

2.2.3.2.2. Varianzanalyse der Items/Diskriminanzanalyse der 4-Cluster-Lösung

Vor der Durchführung der Diskriminanzanalyse wurde zunächst eine Varianzanalyse der einzelnen Items für die 4 Cluster berechnet. Als Teststatistik für die Hypothese, daß die Mittelwerte der 4 Cluster in den Items gleich sind, wurde das Wilks'sche Lambda eingesetzt.

56 der insgesamt 108 Variablen waren auf dem 5 %-Niveau signifikant unterschiedlich, weitere 9 Variablen stammen mit 8-prozentiger Irrtumswahrscheinlichkeit aus verschiedenen Stichproben. Insgesamt ergeben also 65 von 108 Items, bzw. 60 % signifikante Unterschiede zwischen den Clustern. Eine Tabelle mit den Mittelwerten der 4 Clustern in allen Items und mit den Signifikanzen aller Unterschiede befindet sich im Anhang (Tab. 2). Die inhaltliche Auswertung der aufgrund dieser Prüfung zur Beschreibung der Cluster herangezogenen Variablen erfolgt in IV 2.2.3.2.4., d.h. im übernächsten Abschnitt.

Mit dem "Tolerance-Test" wurden die 52 Variablen bestimmt, die einen optimalen Beitrag zur Trennung der Gruppen liefern. Auf Basis dieser Variablen wurde die Diskriminanzanalyse berechnet.

Die Berechnung der Diskriminanzfunktionen erbrachte die in Tab. 22 enthaltenen Ergebnisse.

Tab. 22: Ergebnis der Diskriminanzanalyse

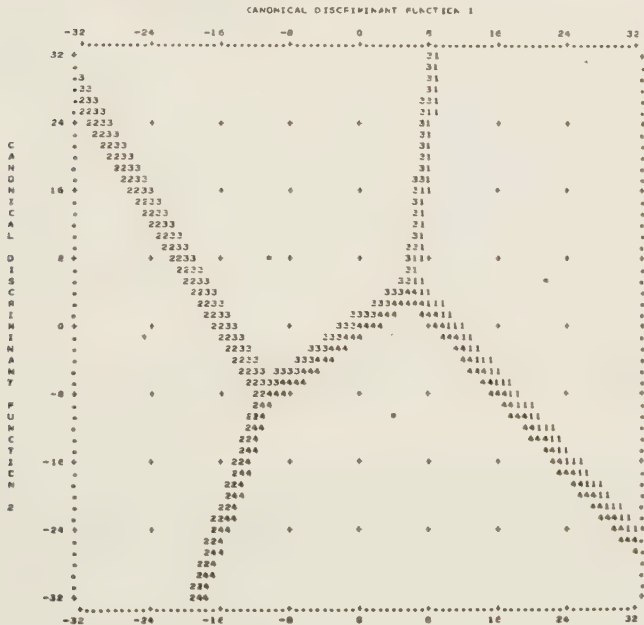
Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kanon. Korr.	After funct.	Wilks' Lambda	Chi-Quadr.	DF	Signifik.
1	284.47	77.17	0.998	0	0.0000	375.33	168	0.0000
2	61.89	16.70	0.992	1	0.0006	211.36	110	0.0000
3	22.26	6.04	0.978	2	0.0429	91.25	54	0.0012

Die sehr nah an 0 gelegenen Werte des Wilks'schen Lambda weisen bereits darauf hin, daß deutlich unterscheidbare Gruppen vorliegen; es sind dann auch alle drei Diskriminanzfunktionen hoch signifikant.

Die Projektion der Datenpunkte in die von den beiden ersten Diskriminanzfunktionen aufgespannten Ebenen ergab die in Tab. 23 und Tab. 24 abgebildeten "Karten". Die erste Abbildung zeigt zunächst, in welchen Bereichen die Elemente der vier Cluster liegen sollten. Die zweite Abbildung zeigt die tatsächliche Lage der Elemente in den Clustern und der Cluster zueinander.

Tab. 24 : Goping - Interview

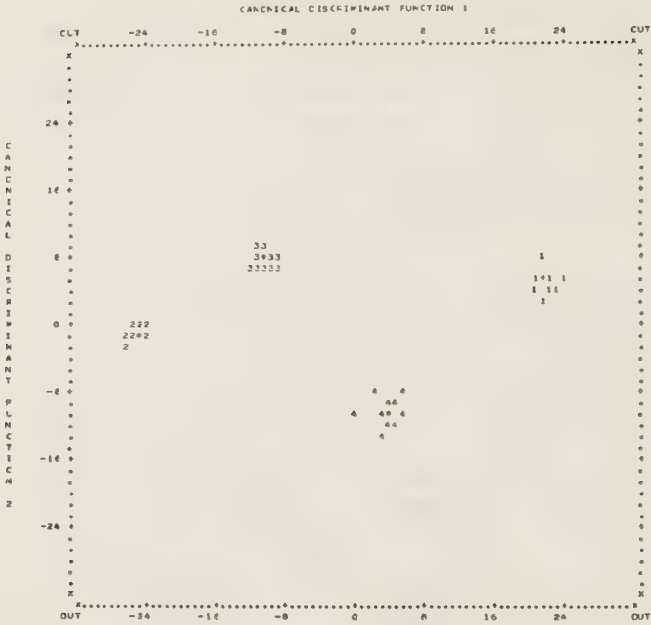
Graphische Darstellung der Grenzen zwischen den Clustern auf Basis der ersten und zweiten Diskriminanzfunktion
+ zeigt einen Gruppenmittelwert an



Wie man in Tab. 24 sieht, liegen die Gruppen optisch sehr gut getrennt.

Tab. 24: Spring - Interview

graphische Darstellung der Lage der Cluster auf Basis
der ersten und zweiten Diskriminanzfunktion
* zeigt einen Gruppenmittelwert an



In einem dritten Schritt wurde die durch die Diskriminanzanalyse erhaltene Gruppierung mit der bekannten Clusterzugehörigkeit verglichen.

Alle Elemente wurden von der Diskriminanzanalyse entsprechend der Ergebnisse der Clusteranalyse gruppiert. Mit anderen Worten: 100 % aller Elemente wurden richtig (re-)klassifiziert; man kann also davon ausgehen, daß eine befriedigende Gruppierung vorliegt.

Insgesamt ergab die Diskriminanzanalyse, daß die 4-Cluster-Lösung unter methodischen Gesichtspunkten eine sehr befriedigende Lösung darstellt.

2.2.3.2.3. Varianz innerhalb der Cluster und Anzahl der enthaltenen Elemente

Vor der inhaltlichen Beschreibung der Cluster sollen diese hier zuvor noch kurz anhand der Summen der Abweichungsquadrate und der in ihnen enthaltenen Anzahl von "Fällen", d.h. Patienten, gekennzeichnet werden.

-	SQS	Anzahl der Fälle
Cluster 1	1162.35	16
Cluster 2	1149.40	10
Cluster 3	1382.71	16
Cluster 4	1183.31	18

Wie man sieht, sind die Cluster hinsichtlich der Summen der Abweichungsquadrate relativ gleich. Lediglich Cluster 3 hat einen etwas größeren Wert, was ein Zeichen dafür sein könnte, daß die hier enthaltenen Patienten untereinander etwas unterschiedlicher sind, als dies bei den anderen Clustern der Fall ist. Hierfür spricht auch, daß bei der 5-Cluster-Lösung acht der Elemente aus Cluster 3 in das zusätzlich Cluster abgegeben wurden, während dies bei den anderen Clustern nur für je ein Element der Fall war.

Auch die Verteilung der Fälle auf die Cluster ist relativ gleichmäßig. Im Optimalfall wären bei 60 Versuchspersonen in jedem Cluster 15 Elemente enthalten. Wie sich bei der inhaltlichen Beschreibung jedoch noch zeigen wird, entspricht die größere Besetzung des 4-ten Clusters den realen Bedingungen in der Stichprobe, d.h. es wird hier eine Tendenz deutlich, die sich auch in der Gesamtstichprobe abzeichnete.

2.2.3.2.4. Beschreibung der Cluster

In diesem Abschnitt soll nun die Charakterisierung der einzelnen Cluster hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Arten der Auseinandersetzung mit der Krankheit erfolgen. Die Besonderheiten der vier Cluster sollen anhand des Vergleichs ihrer Mittelwerte, der Reihenfolge, die sie hinsichtlich der Ausprägung der einzelnen Items annehmen, herausgearbeitet werden.

Wie bereits dargelegt wurde, ergaben nicht alle Items des Coping-Interviews signifikante Unterschiede zwischen den 4 Gruppen. Zur Beschreibung sollen aber vornehmlich die Items herangezogen werden, die signifikante Unterschiede ergeben haben; falls hiervon abgewichen wird, wird darauf hingewiesen. Zum besseren Überblick sind die Mittelwerte der 4 Cluster für die Items, in denen signifikante Unterschiede bestehen, in Tab. 25 graphisch dargestellt.

Sie sind dort in der Reihenfolge aufgelistet, in der sie auch im Text behandelt werden; diese ergibt sich, wie bereits bei der Clusteranalyse der Variablen dargelegt, aus dem theoretischen Modell, daß dieser Arbeit und der Entwicklung des Interview-Leitfadens zugrunde lag.

Im Anhang befinden sich in Tab. 2 zusätzlich die Mittelwerte aller Items in numerischer Form, sowie die Angabe der Signifikanz der Unterschiedlichkeit zwischen den Clustern.

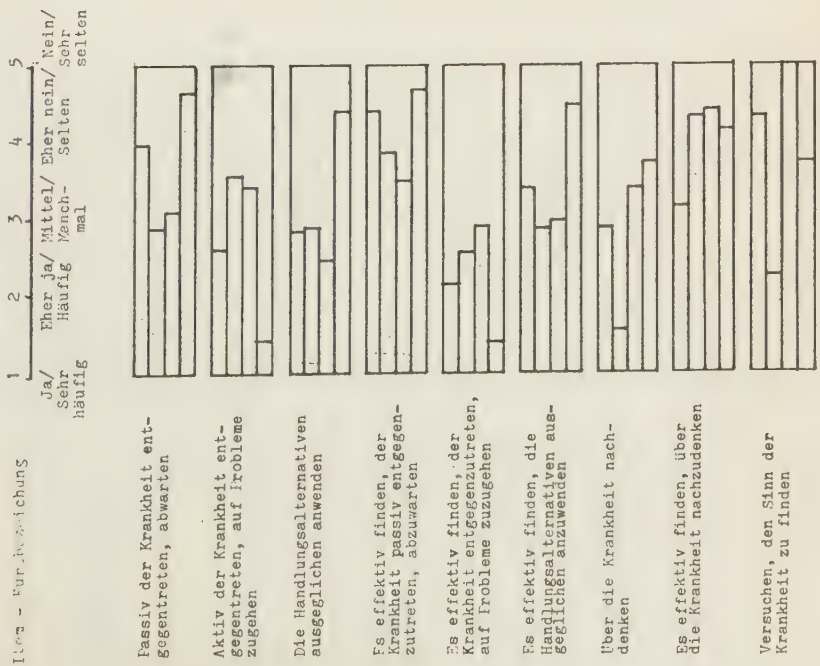
Für die einzelnen Cluster ergaben sich die folgenden Ergebnisse:

Cluster 1

Art des Handelns/Art des Denkens

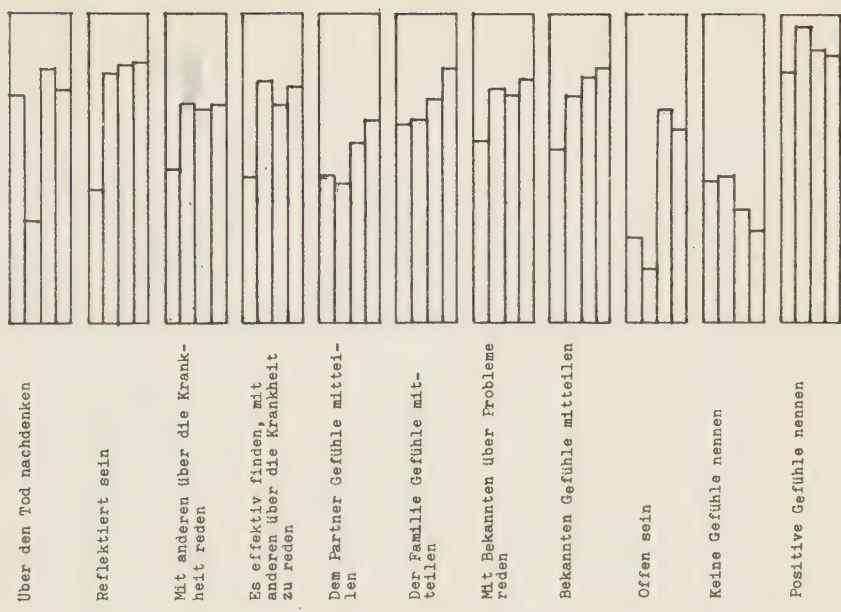
Das erste Cluster liegt bezüglich der Variable "Informiert sein" zusammen mit Cluster 2 an erster Stelle und die Patienten dieses Clusters wünschen sich, im Vergleich mit denen der anderen Cluster, weitere Informationen in einem mittlerem Ausmaß. Jedoch sind diese Unterschiede nicht signifikant. Die Personen dieser Gruppe verhalten sich im Verhältnis zu den anderen in mittlerem Ausmaß passiv und gehen, ebenfalls in mittlerem Ausmaß, aktiv auf die Krankheit und die dadurch bedingten Probleme zu. Weniger abwartend und stärker aktiv-herangehend verhalten sich nur die Patienten des Cluster 4. Von den Personen des Cluster 1 wird noch am ehesten "Der Krankheit und der dadurch bedingten Situation aus dem Weg gehen" als Handlungs-

Der oberste Stab repräsentiert
 Cluster 1, der nächste Cluster 2,
 usw.

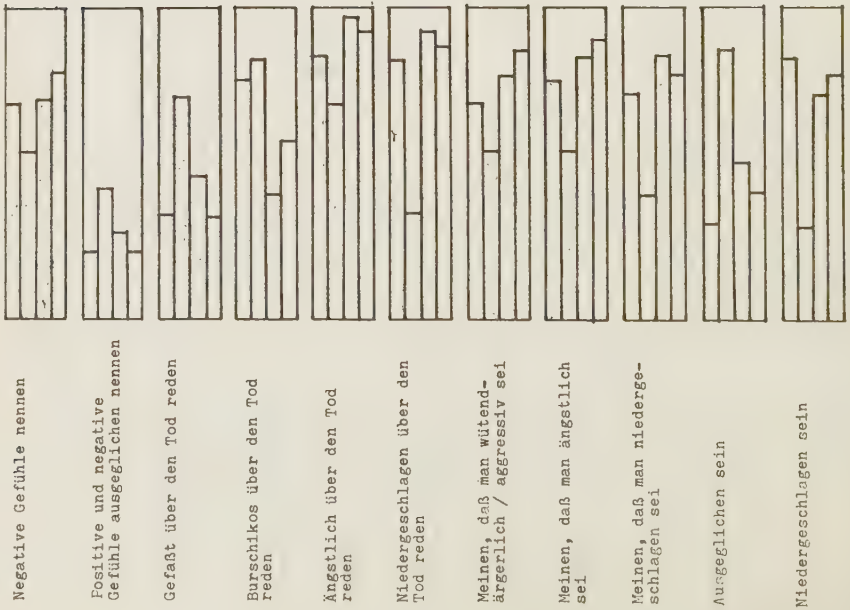


Item - Kurzbezeichnung

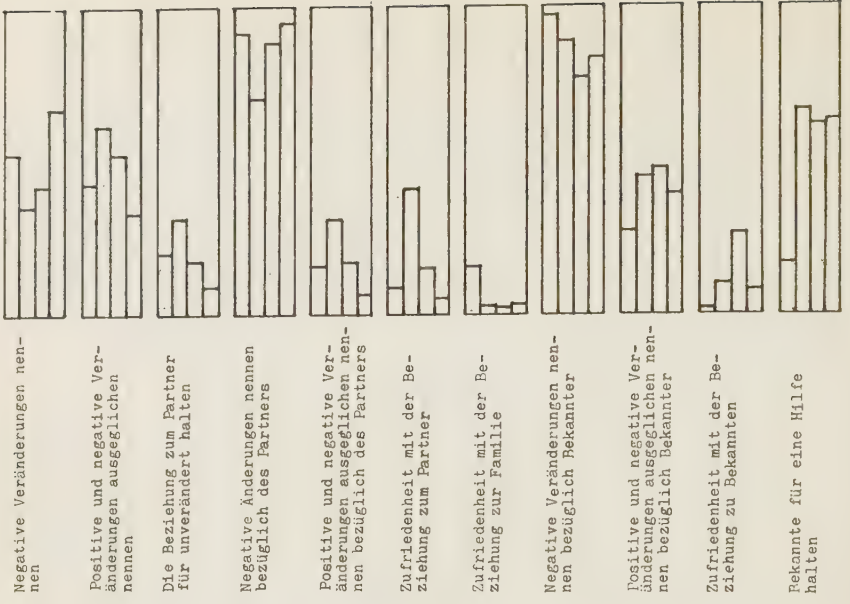
1 2 3 4 5
 Ja/ Eher ja/ Mittel/ Eher nein/ Nein/
 Sehr häufig Wenig- Seiten
 mal



Item - Kurzbezeichnung
ja/ Sehr häufig 1 2 3 4 5
Nein/ Sehr selten



Item - Kurzbezeichnung
ja/ Sehr häufig 1 2 3 4 5
Nein/ Sehr selten



1 2 3 4 5
 ja/ eher ja/ Mittel/ eher nein/ Nein/
 sehr häufig häufig manchmal selten sehr selten

Glauben, Bekannten etwas
 geben zu können



Sich bezüglich der Freizeit-
 gestaltung für kompetent
 halten



Sich im Kontaktbereich für
 kompetent halten



Die Behandlung als Belastung
 erleben



Eine Ungewißheit erleben



Die erlebte Ungewißheit
 aushalten können



Eine Einschränkung erleben



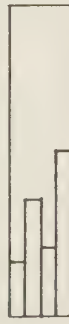
Die erlebte Einschränkung
 aushalten können



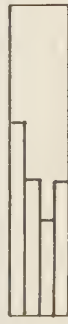
Sich dem Dialysegerät aus-
 geliefert fühlen



Positive Aspekte der Be-
 handlung sehen



Keine Erwartungen bezüglich
 der Zukunft äußern



1 2 3 4 5
 ja/ eher ja/ Mittel/ eher nein/ Nein/
 sehr häufig häufig manchmal selten sehr selten

Positive Erwartungen bezüg-
 lich der Zukunft äußern



Negative Erwartungen bezüg-
 lich der Zukunft äußern



Glauben, daß man seine Kon-
 takte in Zukunft erhalten
 oder sogar ausbauen kann



Pläne für die Zukunft haben



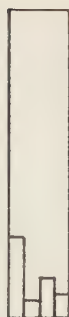
Die Ärzte nach Information
 fragen



Mit den Ärzten über Gefühle
 reden



Vertrauen zum Pflegepersonal
 haben



Glauben, daß man vom Pflege-
 personal gut informiert
 wird



Das Pflegepersonal nach
 Information fragen



Mit dem Pflegepersonal über
 Probleme reden



Mit dem Pflegepersonal über
 Gefühle reden



Eine Tabelle mit den Mittelwerten aller Items und der Gültigkeits-
 der Unterschiode befindet sich im Anhang (Tab.2)

alternative genannt, jedoch ist dieses Ergebnis nicht signifikant. Die Beurteilung der Effektivität der Verhaltensmöglichkeiten stimmt, was die Position bezüglich der anderen Cluster betrifft, mit dem realen Verhalten überein. Auch bezüglich des Items "Häufigkeit des Nachdenkens über die Krankheit" nimmt Cluster 1 eine mittlere Position ein. Sehr viel häufiger tun dies die Patienten des Cluster 2, sehr viel weniger die aus Cluster 4. Im Gegensatz zu allen anderen Clustern, die relativ dicht beieinander liegen, liegt Cluster 1, was die Beurteilung der Effektivität des "Nachdenkens über die Krankheit" betrifft, ganz vorn. Diese Patienten sind auch während des Interviews, mit großem Abstand zu allen anderen, am meisten "reflektiert", d.h. die Patienten können ihre soziale Situation und ihr eigenes Verhalten, sowie deren Wechselwirkung kritisch hinterfragen. Über den Sinn der Krankheit denken sie im Verhältnis zu den Patienten der anderen Cluster eher nicht nach. Cluster 1 liegt hier an dritter Position, nur Cluster 3 liegt weiter hinten; jedoch suchen sie den Sinn ihrer Krankheit, wenn sie es tun, am ehesten in philosophischer Richtung. Ihnen ist dann auch im Vergleich mit den Patienten der anderen Cluster, die Suche nach dem Sinn am stärksten eine Hilfe. Jedoch sind die beiden letzten Ergebnisse nicht signifikant. Bezüglich des Items, das die Häufigkeit erfaßt, mit der über den Tod nachgedacht wird, liegt Cluster 1 an zweiter Stelle, jedoch nahe an Cluster 3 und 4, mit großem Abstand zu Cluster 2, das alleine weit vorn liegt.

Insgesamt wird hier eine im direkten-außenorientierten, wie im intrapsychischen Bereich ausgewogene Art des Umgangs mit der Krankheit deutlich, die sich darin zeigt, daß eine Annäherung an die Problematik der Krankheit stattfindet, ohne daß dies jedoch zu Extremen führt. Zusätzlich sind die Patienten in der Lage, ihr Verhalten und ihre Umwelt kritisch zu hinterfragen und sie versuchen, was in eine ähnliche Richtung geht, den Sinn ihrer Krankheit aus philosophischen Überlegungen abzuleiten.

Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Die Patienten des Cluster 1 reden am häufigsten mit anderen über ihre Krankheit und die dadurch bedingte Situation und finden dies auch am effektivsten. Bei beiden Items ist der Abstand zu den anderen Clustern sehr groß. Auch während des Interviews verhielten sie sich (an zweiter Stelle liegend) zusammen mit den Patienten des Clusters 2 am offensten. Die Patienten der Cluster 1 und 2 äußerten am meisten Gefühle, jedoch die aus Cluster 1 die meisten positiven, die aus Cluster 2 die meisten negativen. Die Patienten des Cluster 1 reden auch am meisten, mit dem Partner (dies zusammen mit den Patienten des Cluster 2, die etwas weiter vorn liegen), mit der Familie (ebenfalls zusammen mit den Personen des Cluster 2) und mit großem Abstand zu allen anderen Clustern mit Bekannten über ihre Gefühle. "Mit dem Partner über Probleme reden" ergab keine signifikanten Unterschiede ($p = 0.900$), jedoch liegt Cluster 1 hier hinten; "Mit der Familie über Probleme reden" war ebenfalls nicht signifikant ($p = 0.196$), hier liegt jedoch Cluster 1 wieder vorn, genau wie bei dem signifikanten Items "Mit Bekannten über Probleme reden".

Die Patienten des Cluster 1 sind also sehr offen, jedoch nicht in dem Sinne, daß sie "klagen", sondern sie teilen auch positive Gefühle mit, ohne negative völlig auszuklammern.

Gestimmtheit/Emotionales Befinden

Die Patienten des Cluster 1 äußern, wie bereits erwähnt, die meisten positiven Gefühle. Zusammen mit den Patienten des Cluster 4 sprechen sie am gefaßtesten über den Tod, jedoch, im Gegensatz zu den Personen des Cluster 4 und 3, tun sie dies nicht "burschikos". Sie wirken, im Vergleich mit den andren, im mittleren Ausmaß "ärgerlich" und "niedergeschlagen", wenn sie über den Tod reden, liegen jedoch dicht mit Cluster 3 und 4 zusammen und weit entfernt von Cluster 2, das ganz vorn liegt.

Die Patienten des Cluster 1 beschreiben sich selbst im Verhältnis zu den Personen der anderen Cluster, im mittleren Ausmaß als "wütend-aggressiv", "ängstlich" und "niedergeschlagen", das letzte noch etwas schwächer ausgeprägt. Sie werden während des Interviews als am ausgeglicheneren und am wenigsten niedergeschlagen beurteilt. Bezüglich der Items "Während des Interviews ärgerlich" und "Während des Interviews ängstlich", die keine signifikanten Ergebnisse ergeben hatten, liegen sie an letzter, bzw. an dritter Stelle.

In Cluster 1 sind also Patienten, die einen ausgeglicheneren und positiv gestimmten Eindruck machten, ohne daß dies durch "Burschikosität" überzogen wirkt.

Einschätzen/Bewerten

Die Patienten des Cluster 1 sehen, im Verhältnis zu den Patienten der anderen Cluster, in mittlerem Ausmaß Veränderungen aufgrund ihrer Erkrankung. Bezüglich "Positive Veränderungen nennen" liegen sie, zusammen mit Cluster 4 vorn, bezüglich "Negative Änderungen nennen" an dritter Stelle, numerisch betrachtet in einer mittleren Position. Jedoch ergaben die beiden erstgenannten Items keine signifikanten Unterschiede. Im Verhältnis zum Partner sehen die Personen aus Cluster 1 im mittlerem Ausmaß Veränderungen am meisten Verbesserungen (nicht signifikant) und eher keine Verschlechterungen (dritte Position). Bezüglich der Zufriedenheit liegen sie mit Cluster 4 vorn.

Das Verhältnis zur Familie empfinden sie als am stärksten verändert, und zwar am meisten zum positiven hin. (Beide Ergebnisse sind nicht signifikant.) Allerdings sind sie mit der Beziehung zur Familie am unzufriedensten. Die Beziehung zu Bekannten wird von den Patienten des ersten Clusters am meisten als unverändert erlebt ($p = 0.124$). Sie registrieren die wenigsten Verschlechterungen, sind am zufriedensten mit der Beziehung und haben am stärksten das Gefühl, daß ihnen ihre Bekannten eine Hilfe sind und sie ihnen etwas geben können.

Die Items zum direkten Bereich "Selbstbild" sind alle nicht signifikant, jedoch sollen sie doch kurz dargestellt werden. Die Patienten des Cluster 1 äußern am meisten über sich selbst, und dabei auch die meisten positiven Aspekte, zusammen mit Cluster 4. Bezüglich der Einschätzung der eigenen Kompetenz in Freizeit und Beruf liegen sie vorn, zusammen mit Cluster 3 und 4, und mit großem Abstand zu den Patienten des Cluster 2. Sie schreiben sich auch am meisten Einfluß auf den Verlauf ihrer Krankheit zu, jedoch ist das letzte Ergebnis nicht signifikant. Die Behandlung wird von den Personen aus Cluster 1 zusammen mit denen aus Cluster 4 am wenigsten als Belastung empfunden, sie erleben die geringste Einschränkung und können diese am besten aushalten. Ebenfalls mit den Patienten des Cluster 4 zusammen erleben sie die geringste Ungewißheit und können auch diese wieder am besten ertragen. Zusammen mit den Patienten des Cluster 3 fühlen sich die des Cluster 1 am wenigsten dem Dialysegerät ausgeliefert und sehen am meisten auch positive Seiten der Therapie.

Sie haben auch die meisten Pläne, äußern das meiste bezüglich der Zukunft und zwar die meisten positiven Erwartungen; bezüglich negativer Erwartungen nehmen sie eine mittlere Position ein. Die Items "Zuversicht bezüglich der Freizeit" und "Zuversicht bezüglich des Berufes" sind nicht signifikant, doch liegt hier Cluster 1, wie auch im Item "Zuversicht bezüglich der Kontakte" (das ein signifikantes Ergebnis hatte) an erster Stelle.

Auch hier zeigt sich eine eher ausgewogene Haltung gegenüber der durch die Krankheit veränderten Situation und der eigenen Person. D.h., es werden auch negative Aspekte gesehen, es überwiegt aber eine positive und vor allem auch zukunftsorientierte Haltung.

Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

In der Bewertung des Verhältnisses zu den Ärzten, das die Items "Vertrauen", "Informiertsein durch die Ärzte" und "Güte der Kooperation" umfaßt, wie auch in den

gleichen Items für das Pflegepersonal, liegen die Personen des Cluster 1 immer an letzter, oder vorletzter Stelle. Nur für das Item "Informiertwerden durch den Arzt" nehmen sie eine mittlere Position ein. Jedoch sind nur die Ergebnisse der Items "Vertrauen zum Pflegepersonal" und "Informiertsein durch das Pflegepersonal" signifikant.

Dagegen liegen die Personen des ersten Clusters hinsichtlich der Items "Nach Information fragen", "Über Gefühle reden" und "Über Probleme reden" (außer "Mit Ärzten über Probleme reden haben alle Items signifikante Ergebnisse) sowohl bei Ärzten wie Pflegepersonal an erster oder zweiter Stelle. Nur bezüglich des Items "Pflegepersonen nach Informationen fragen" nehmen sie eine mittlere Position ein.

Die Patienten kooperieren also zwar mit Ärzten und Pflegepersonal gut und teilen sich mit, jedoch scheint ihnen dies noch ungenügend.

Zusammenfassend kann man sagen:

Die Personen des Cluster 1

- Gehen auf die Krankheit und dadurch bedingte Probleme in mittlerem Ausmaß zu
- Sie denken in mittlerem Ausmaß über die Krankheit nach
- Sie sind reflektiert
- Sie sind offen; diese Offenheit ist positiv getönt
- Sie sehen gute und schlechte Aspekte relativ ausgeglichen, wobei die positiven überwiegen. Sie sind aktiv und positiv auf die Zukunft ausgerichtet
- Sie sind ausgeglichen
- Sie haben eine positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal, wünschen sich diese aber noch besser

Der Bereich "Reflektierter Optimismus-Offenheit" ist bei den Personen des Cluster 1 also sehr stark ausgeprägt, "handlungsorientiert" sind sie in einem mittlerem Ausmaß, nicht jedoch "verschlossen zufrieden". Die "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" ist nicht eindeutig positiv. Die Dimension "Passiv-grüblerischer Pessimismus/Belastung durch die Krankheit" ist nicht ausgeprägt.

Eine Bezeichnung dieser Patientengruppe, wie auch der anderen, soll nach der Beschreibung der Auseinandersetzungsstrategien aller Cluster erfolgen.

Cluster 2

Art des Handelns/Art des Denkens

Cluster 2 liegt wie Cluster 1 bezüglich der Informiertheit vorn und die Patienten dieses Clusters haben den stärksten Wunsch nach Information. (Beide Ergebnisse sind nicht signifikant.) Im Vergleich mit den anderen Clustern sind die Patienten des zweiten Clusters am passivsten, verhalten sich also am meisten abwartend und treten der Krankheit und damit verbundenen Konflikten am wenigsten aktiv entgegen. Ihnen ähnelt hier am stärksten Cluster 3. In der Einschätzung der Effektivität des Handelns liegen sie, was ihre Position bezüglich der anderen Cluster betrifft, hinsichtlich beider Handlungsarten anders, als beim tatsächlichen Verhalten. Sie haben bezüglich des Items "Abwarten ist effektiv" die zweite Position inne und im Item "Der Krankheit aktiv entgegenzutreten ist effektiv" die vorletzte. Sie würden also eine Veränderung ihres Verhaltens sinnvoll finden. Die Patienten des Cluster 2 denken mit Abstand am häufigsten über die Krankheit nach, liegen aber in der Einschätzung der Effektivität zusammen mit Cluster 3 hinten. Ebenso denken sie, auch mit großem Abstand zu den anderen Patientengruppen, am meisten über den Sinn der Krankheit nach. (Hier verhalten sich die Patienten des Cluster 3 genau entgegengesetzt.) Es gelingt den Personen des zweiten Clusters jedoch am wenigsten, einen Sinn zu finden und die Suche danach ist ihnen auch am wenigsten eine Hilfe. Sie versuchen den Sinn ihrer Krankheit im Vergleich mit den anderen am häufigsten im religiösen Bereich zu finden. (Die letzten drei Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant.) Auch über den Tod denken die Patienten des Cluster 2 am häufigsten nach; hier unterscheiden sie sich ebenfalls sehr stark von allen anderen, insbesondere von Cluster 3. Wenn sie über

den Tod reden, tun sie das am wenigsten gefaßt und burschikos, aber am meisten ängstlich und vor allem niedergeschlagen. Bezüglich des Items "Reflektiert sein" liegt das Cluster an zweiter Stelle, jedoch in minimalen Abstand von Cluster 3 und 4, aber mit sehr großem zu Cluster 1, das weit vorn liegt.

Die Patienten in Cluster 2 verhalten sich bezüglich der direkt-außenorientierten Auseinandersetzung mit der Umwelt passiv-abwartend, setzen sich aber intrapsychisch sehr stark mit ihrer Krankheit auseinander und versuchen, so, Lösungen zu finden, ohne damit Erfolg zu haben, oder dies selbst effektiv zu finden.

Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Die Patienten des Cluster 2 reden am wenigsten "mit anderen" über ihre Krankheit. Allerdings liegen sie hier ganz dicht mit den Patienten aus Cluster 3 und 4 zusammen, nur Cluster 1 liegt mit großem Abstand vorn. Sie stimmten hier, bezüglich der Position zu den anderen Clustern, in der Beurteilung der Effektivität mit dem realen Verhalten überein. Sie finden es am wenigsten effektiv, mit anderen über die Krankheit zu reden. Sie nehmen jedoch in allen weiteren Items, die die Offenheit gegenüber anderen ansprechen, eine andere Position ein.

So liegen sie bezüglich des Items "Mit dem Partner über Probleme und Gefühle reden" an erster Stelle und auch bezüglich dieser Items im familiären Bereich ganz vorn. (Zusammen mit Cluster 1) Bei den Items "Mit Bekannten über Probleme und Gefühle reden" nehmen sie eine mittlere Position ein. (Die Ergebnisse der Items "Über Probleme reden" im familiären und im Partnerbereich sind nicht signifikant.) Man kann daraus vielleicht schließen, daß diese Patienten sich eher gegenüber vertrauten Personen aussprechen als gegenüber fremden. Hierfür würde auch sprechen, daß sie in den Items "Mit Ärzten und Pflegepersonal über Probleme und Gefühle sprechen" ganz vorn liegen. Im Interview wirkten sie von allen Patientengruppen am offensten, sie äußerten zusammen mit den Patienten des Cluster 1 die meisten Gefühle, jedoch im Gegensatz zu diesen

die meisten negativen.

Die Patienten des Cluster 2 sind offen, sie teilen auch viele Gefühle mit; jedoch ist ihre Offenheit negativ getönt, d.h. sie "klagen" eher über ihre Probleme. Sie finden es dann auch nicht effektiv, mit anderen Menschen über ihre Krankheit und die damit verbundenen Probleme zu sprechen und halten sich Fremden gegenüber eher zurück.

Gestimmtheit/Emotionales Befinden

In Cluster 2 befinden sich Patienten, die, wie bereits beschrieben, die meisten negativen Gefühle äußern. Sie reden am wenigsten gefaßt und burschikos, aber am meisten ängstlich und niedergeschlagen über den Tod. Sie beschreiben sich selbst am intensivsten als ärgerlich-aggressiv, ängstlich und niedergeschlagen, vor allem das letzte mit großem Abstand zu den anderen Gruppen. Sie wirkten auch während des Interviews (mit großem Abstand) am wenigsten ausgeglichen, mit Cluster 3 zusammen am ärgerlichsten und im Unterschied zu allen anderen Patientengruppen am meisten ängstlich und vor allem niedergeschlagen. (Die Items "ärgerlich" und "ängstlich" ergaben keine signifikanten Ergebnisse.)

Die Patienten des Cluster 2 sind überwiegend negativ gestimmt, sie wirken insbesondere ängstlich und noch stärker niedergeschlagen und erleben sich auch selbst so.

Einschätzen/Bewerten

In Cluster 2 sind die Patienten, die die meisten Veränderungen aufgrund ihrer Erkrankung sehen ($p = 0.110$) und zwar die wenigsten positiven ($p = 0.195$) und die meisten negativen. In der Beziehung zum Partner sehen sie, mit großem Abstand zu den anderen Gruppen, die meisten Verschlechterungen und sind mit dieser Beziehung am unzufriedensten. Sie halten ihre Partner auch am wenigsten für eine Hilfe und glauben am wenigsten, diesen etwas geben zu können. (Die letzten beiden Ergebnisse sind nicht signifikant.) Im Bereich "Familie" liegen die Mittelwerte der Cluster in allen Items sehr dicht beieinander und ergaben keine sig-

nifikanten Unterschiede. Jedoch liegt Cluster 2 bezüglich der Einschätzung der Veränderungen im mittleren Bereich, auch was die Verbesserungen und Verschlechterungen betrifft, und die Patienten dieses Clusters glauben am meisten, daß sie ihre Familie etwas geben können, bzw., daß diese ihnen eine Hilfe sind. Auch das Verhältnis zu Bekannten erleben die Patienten des zweiten Clusters in mittlerem Ausmaß für verändert ($p = 0.124$), sie liegen jedoch in der Bewertung der Verbesserungen vorn ($p = 0.123$), Verschlechterungen nennen sie im Vergleich mit den anderen in mittlerem Ausmaß. Sie sind in mittlerem Maß zufrieden mit den Beziehungen zu Bekannten, glauben aber am wenigsten, daß diese ihnen eine Hilfe sind, bzw. sie diesen etwas geben können. Wie bereits erwähnt, sind die Items des Bereichs "Selbstbild" alle nicht signifikant. Hier sind die Personen des zweiten Clusters zusammen mit denen des dritten am zurückhaltendsten, äußern jedoch die meisten negativen und die wenigsten positiven Aspekte. In der Bewertung der eigenen Kompetenz im Freizeit- und Kontaktbereich liegen sie mit großem Abstand weit hinten. Die Behandlung wird von den Patienten des Cluster 2 am stärksten als Belastung erlebt, sie empfinden bei weitem die stärkste Einschränkung und können diese am wenigsten aushalten. Sie erleben, ebenfalls mit großem Abstand zu den anderen Patientengruppen, auch die größte Ungewissheit aufgrund ihrer Erkrankung und können dies ebenfalls am wenigsten ertragen. Sie fühlen sich am stärksten dem Dialysegerät ausgeliefert und schreiben sich, zusammen mit den Patienten des Clusters 3, den geringsten Einfluß auf den Verlauf ihrer Krankheit zu. (Das letzte Ergebnis ist nicht signifikant.) Positive Seiten der Behandlung sehen sie im Vergleich mit den anderen Clustern nur im mittleren Ausmaß, sie liegen hier an vorletzter Stelle. Die Patienten des Clusters 2 haben die wenigsten Pläne, sie äußern sich nur in mittlerem Maße über die Zukunft und nennen dabei die wenigsten positiven, aber die meisten negati-

ven Erwartungen. Was die Zuversicht bezüglich der Weiterführung des Berufs, der Hobbies und Kontakte in der Zukunft und die erwartete Zufriedenheit mit dieser Entwicklung betrifft, liegen die Patienten des zweiten Clusters entweder am weitesten hinten oder an vorletzter Stelle. (Eine Ausnahme macht hier nur das Item "Zukünftige Zufriedenheit mit den Kontakten"; hier liegt Cluster 2 vorn. (Die vier letztgenannten Items sind alle nicht signifikant, bis auf das Item "Zuversicht bezüglich der Weiterführung der Kontakte".)

Bei der Gruppe der Patienten des Cluster 2 überwiegt also eine negative Einschätzung, insbesondere der Partnerbeziehung, des eigenen Selbst und der eigenen Kompetenz. Die Krankheit und ihre Therapie werden als sehr belastend erlebt. Die Zukunftsorientierung ist negativ.

Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

Bezüglich der Bewertung der Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ("Vertrauen", "Informiert werden", "Qualität der Kooperation" - die Items sind nur teilweise signifikant, siehe die Beschreibung bei Cluster 1) nehmen die Personen des Cluster 2 eine mittlere Position ein. Sie fragen aber am häufigsten Ärzte und Pflegepersonal nach Informationen und reden am häufigsten mit diesen über ihre Probleme. (Das letzte ist für "Ärzte" nicht signifikant.) Auch teilen sie den Pflegepersonen die meisten Gefühle mit, bezüglich des gleichen Items bei den Ärzten nehmen sie eine mittlere Position ein.

Auch bei den Patienten des Cluster 2, wie bei denen des Cluster 1, ist die Bewertung der Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal weniger positiv als der reale Kontakt. Jedoch ist ihre Bewertung, wie auch der tatsächliche Umgang positiver als die Einschätzung und das Verhalten von Cluster 1. Besonders im zweiten Bereich liegen sie, vor allem was den Kontakt zum Pflegepersonal angeht, ganz vorn.

Zusammenfassend kann man sagen:

Die Patienten des Cluster 2

- Verhalten sich am meisten abwartend und gehen auf Probleme am wenigsten aktiv zu

- Sie setzen sich intrapsychisch sehr stark mit der Krankheit auseinander, ohne daß ihnen das etwas gibt, oder sie es selbst effektiv finden
- Sie sind offen, teilen aber überwiegend negative Gefühle mit
- Die Patienten sehen die meisten negativen Aspekte und erleben Krankheit und Therapie als größte Belastung. Sie haben keine Pläne und die meisten negativen Zukunftserwartungen
- Sie wirken am wenigsten ausgeglichen, am meisten ängstlich und vor allem niedergeschlagen
- Sie haben eine relativ positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

Der Bereich "Reflektierter Optimismus-Offenheit" ist bei den Patienten von Cluster 2 also nicht ausgeprägt, ebensowenig sind sie "handlungsorientiert" oder "verschlossen zufrieden". Die "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal" ist relativ positiv, wobei die Bewertung etwas weniger positiv ist. Die Dimension "Passivgrüblerischer Pessimismus/Belastung durch die Krankheit" ist bei ihnen sehr intensiv ausgeprägt.

Cluster 3

Art des Handelns/Art des Denkens

Die Personen des Cluster 3 haben den geringsten Wunsch nach Information und liegen bezüglich der Informiertheit auf einer mittleren Position. (Die Ergebnisse beider Items sind nicht signifikant.) Hier Cluster 2 am ähnlichsten, verhalten sie sich eher abwartend und gehen auf Probleme eher nicht zu (3. Position), sondern gehen diesen eher aus dem Weg (2. Position). Sie finden "Abwarten" und "Nicht aktiv auf Probleme zugehen" von allen Patientengruppen am effektivsten. Sie sind mit ihrer Art zu handeln also zufriedener als Cluster 2. Die Patienten des Cluster 3 denken, hierin Cluster 4 am ähnlichsten, das an letzter Stelle liegt, über die Krankheit und die damit verbundene Situation eher nicht nach und bewerten "Nicht nachdenken" am positivsten. Bezüglich der "Reflektiertheit" liegt das Cluster, zusammen mit Cluster 2 und 4, hinten, in großem Abstand zu Cluster 1.

Über den Sinn der Krankheit denken die Patienten des Cluster 3 mit Abstand am wenigsten nach, ebenso liegen sie in der Häufigkeit des "Über den Tod Nachdenkens" ganz hinten. Wenn sie über den Tod reden, tun sie das am wenigsten ängstlich oder niedergeschlagen, aber am meisten auf eine burschikose Art.

Die Patienten des Cluster 3 sind also in der direkten-außenorientierten Auseinandersetzung eher passiv-abwartend und gehen Problemen eher aus dem Weg. Das gleiche gilt für die intrapsychische Auseinandersetzung: Hier halten sie sich sehr zurück, vor allem was die Auseinandersetzung mit emotional belastenden Problemen betrifft. Mit diesen setzen sie sich von allen Patientengruppen am wenigsten auseinander. Sie sind jedoch mit den von ihnen eingesetzten Strategien eher zufrieden.

Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Bezüglich des Items "Mit anderen über die Krankheit und die dadurch bedingten Probleme reden" liegen die Patienten des Cluster 3 an zweiter Stelle, jedoch zusammen mit Cluster 2 und 4 eher hinten, mit großem Abstand zu Cluster 1. Bezüglich der Einschätzung der Effektivität dieses Verhaltens nehmen sie die gleiche Position ein. Mit Partner, Familie und Bekannten reden sie im Verhältnis zu den anderen Patientengruppen nur in mittlerem Umfang über Probleme und Gefühle, mit Tendenz zu einer hinteren Position. (Die Items "Mit dem Partner" und "Mit der Familie über Probleme reden" sind nicht signifikant.) Mit Ärzten und Pflegepersonal reden sie, mit großem Abstand zu den anderen Clustern, am wenigsten über Probleme und Gefühle. ("Mit Ärzten über Probleme reden" ist allerdings nicht signifikant unterschiedlich.) Während des Interviews wirkten die Patienten des dritten Clusters am verschlossensten. Sie äußerten auch eher keine Gefühle; das gilt sowohl für negative wie positive.

Im Cluster 3 befinden sich die Patienten, die eher verschlossen sind, ohne daß positive oder negative Gefühle im Vordergrund stehen. Diese Verschlossenheit gilt insbesondere für das Verhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal und drückte sich auch im Verhalten gegenüber

der Interviewerin aus, die wahrscheinlich eher als dem medizinischen Personal zugehörig betrachtet wurde.

Gestimmtheit/Emotionales Befinden

Wie bereits erwähnt, sind die Patienten sowohl mit positiven wie mit negativen Gefühlen eher zurückhaltend. Über den Tod reden sie am wenigsten ängstlich und niedergeschlagen, aber am meisten auf eine burschikose Art. Sie beschreiben sich selbst auch eher nicht als "ärgerlich-aggressiv" und "ängstlich" (In beiden Items nehmen sie die vorletzte Position ein) und am wenigsten als "niedergeschlagen". Während des Interviews wirkten sie jedoch, neben Cluster 2, am meisten "ärgerlich-aggressiv" (nicht signifikant) und in mittlerem Ausmaß "ängstlich" (ebenfalls nicht signifikant) und "niedergeschlagen", jedoch vor allem hinsichtlich des letzten Items mit großem Abstand zu Cluster 2, das weit vorn liegt. Sie liegen, was die "Ausgeglichenheit" während des Interviews betrifft, an dritter Position, jedoch auch hier mit großem Abstand zu Cluster 2, das weit hinten liegt.

Die Personen des Cluster 3 wirken nicht, als würden sie aufgrund der Belastung durch ihre Situation "trauern" oder wären "niedergeschlagen", wie das bei den Patienten des Cluster 2 der Fall ist. Auf der anderen Seite machen sie auch keinen ausgeglichenen oder positiv gestimmten Eindruck. Sie wirken eher latent gereizt-ärgerlich, als ob sie unter der Belastung der Krankheit leiden würden, ohne sich dies jedoch zuzugestehen. Dieser Eindruck wird vor allem auch durch ihre Art, über den Tod zu reden, verstärkt. Sie versuchen auf eine betont "locker-gleichgültige" Art darüber hinwegzugehen, so daß sie sehr burschikos aber nicht gefaßt wirken.

Einschätzen/Bewerten

Die Patienten sehen eher Veränderungen durch die Krankheit (am zweitmeisten) und liegen bezüglich positiver Änderungen eher hinten (dritte Position), bezüglich negativer eher vorn (zweite Position). Sie ähneln hier am meisten Cluster 2; jedoch sind die Ergebnisse der beiden ersten Items nicht signifikant. Bezüglich des Verhältnisses zum Partner (Nicht alle Items haben sig-

nifikante Ergebnisse siehe hierzu die Beschreibung von Cluster 1), liegen die Patienten des dritten Clusters an zweiter oder dritter Stelle, numerisch betrachtet immer in einer mittleren Position. Sie halten die Beziehung am zweitmeisten für verändert und nehmen auch hinsichtlich Verbesserungen und Verschlechterungen die zweite Stelle ein. Sie sind mit dieser Beziehung eher nicht zufrieden, jedoch liegt Cluster 2 hier sehr viel weiter hinten. Die Patienten des Cluster 3 meinen auch eher nicht, daß sie ihrem Partner etwas geben können, doch ist auch hier der Abstand zu Cluster 2, das ganz hinten liegt, sehr groß. Die Items im Bereich "Beziehung zur Familie" ergaben, wie bereits erwähnt, bis auf die Beurteilung der Zufriedenheit keine signifikanten Ergebnisse. Cluster 3 liegt auch hier in den meisten Fällen im mittleren Bereich; die Patienten sind jedoch mit der Beziehung am zufriedensten, glauben aber gleichzeitig am wenigsten, daß ihnen ihre Familie eine Hilfe ist. Die Beziehung zu Bekannten halten die Patienten des dritten Clusters für am meisten verändert und sehen am wenigsten Verbesserungen (beide Ergebnisse sind nicht signifikant), aber die meisten Verschlechterungen. Sie sind auch am unzufriedensten mit diesen Beziehungen. Bezüglich des Eindrucks, daß Bekannte eine Hilfe sind, bzw. umgekehrt, diesen selbst etwas geben zu können liegt Cluster 3 an zweiter Stelle, jedoch numerisch sehr dicht bei Cluster 2 und 4 und in großem Abstand zu Cluster 1, das hier weit vorn liegt. Die Äußerungen zum Selbstbild erbrachten keine signifikanten Unterschiede. Die Patienten des dritten Clusters sind mit Äußerungen über sich selbst am zurückhaltendsten. Sie nennen eher negative (Zweite Position) und eher keine positiven Aspekte (Dritte Position). Sie ähneln hier am meisten den Patienten des Cluster 2. Sie halten sich im Freizeitbereich eher für kompetent im Vergleich mit den anderen Gruppen, im Kontaktbereich liegen sie an dritter Stelle; allerdings liegt Cluster 2 noch viel weiter hinten. Die Personen aus Cluster 3 schreiben

sich den geringsten Einfluß auf den Verlauf ihrer Krankheit zu; dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant. Hinsichtlich der Items "Eine Einschränkung erleben" und "Eine Ungewißheit erleben" liegen die Patienten des Cluster 3 an zweiter Stelle, hinsichtlich der Fähigkeit, beides auszuhalten, an dritter. Auch erleben sie die Behandlung eher als Belastung, fühlen sich aber dem Dialysegerät am wenigsten ausgeliefert. Die Patienten nennen im zweitmeisten Maße für die Zukunft, wobei sie am zweitwenigsten positive, am wenigsten negative Erwartungen äußern.

In den verschiedenen aufgezählten Bereichen haben die Patienten des Cluster 3 im Vergleich mit den anderen Patientengruppen in mittlerem Ausmaß den Eindruck, daß sich durch ihre Krankheit etwas geändert hat. Es überwiegt die negative Sicht der Umwelt und der eigenen Person leicht. Nur bezüglich der Zukunft überwiegt gering die positive Einschätzung; Krankheit und Therapie werden von den Patienten des Cluster 3 nach denen aus Cluster 2 am stärksten als Belastung empfunden, jedoch ist der Abstand zu Cluster 2 doch noch relativ groß.

Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

Cluster 3 liegt in allen Items, die die Beziehung zu den Ärzten zum Gegenstand haben, sowohl in der Beurteilung dieser Beziehung, wie auch in deren Realisierung mit relativ großem Abstand hinten. (Jedoch sind nur die Ergebnisse zweier Items signifikant.) Genauso ist es, was die Beziehung zum Pflegepersonal betrifft; nur bezüglich der Bewertung der Kooperation und des Vertrauens nimmt Cluster 3 eine mittlere Position ein.

Die Patienten des Cluster 3 sind bezüglich des Verhältnisses zu den Ärzten am unzufriedensten, bezüglich der Einschätzung der Beziehung zum Pflegepersonal liegen sie etwas günstiger. Sie kooperieren mit beiden Gruppen am wenigsten von allen Clustern. Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist also eher schlecht.

Zusammenfassend kann man folgendes über Cluster 3 sagen:

Die Patienten

- sind im direkten Umgang mit Problemen eher zurückhaltend und verhalten sich eher abwartend oder vermeidend.

- Sie setzen sich auch intrapsychisch nicht mit der Krankheit und damit verbundenen Problemen auseinander. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um emotional belastende Fragen geht
- Sie sind eher verschlossen, ohne daß positive oder negative Gefühle im Vordergrund stehen
- Die Patienten teilen sich nur in mittlerem Ausmaß mit. Letztlich überwiegt dabei eine negative Sicht der Umwelt und der eigenen Person. Sie erleben Krankheit und Therapie am zweitmeisten als Belastung. Mit der Zukunft setzen sie sich in mittlerem Ausmaß auseinander, wobei die positiven Erwartungen leicht überwiegen.
- Die Patienten des Cluster 3 wirken nach denen des Cluster 2 am wenigsten ausgeglichen, jedoch nicht wie diese niedergeschlagen, sondern sie machen eher einen latent ärgerlich-gereizten Eindruck. Sie versuchen dabei betont locker über ihre Probleme hinwegzugehen, so daß sie eher burschikos wirken
- Sie beurteilen die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal am negativsten und kooperieren auch am schlechtesten

Der Bereich "Reflektierter Optimismus-Offenheit" ist also bei Cluster 3 gar nicht ausgeprägt. Die Patienten sind auch eher nicht "handlungsorientiert", aber "verschlossen" ohne daß dies mit "Zufriedenheit" verbunden wäre, sondern vielmehr mit "Burschikosität", "Gereiztheit". Sie haben die schlechteste "Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal". Sie verhalten sich nicht "grübelnd", aber "pessimistisch" und erleben auch "die Krankheit als eine Belastung".

Die zweite und dritte Dimension sind also bei Cluster 3 teilweise, auch mit umgekehrten Vorzeichen, deutlich ausgeprägt.

Cluster 4

Art des Handelns/Art des Denkens

Die Patienten dieses Clusters sind am wenigsten informiert, wünschen aber eher Information. (Beide Items haben keine signifikanten Ergebnisse.) Sie verhalten sich am wenigsten abwartend, gehen Problemen am wenigsten aus dem Weg und am häufigsten aktiv entgegen. Bezüglich der Einschätzung der Effektivität dieser Handlungsweisen verhalten sie sich genauso. Sie denken

am wenigsten über die Krankheit und die dadurch bedingte Situation nach. Bezüglich der Einschätzung der Effektivität dieser Verhaltensweise befinden sie sich auf der zweiten Position, stimmen also eher damit überein. Die Patienten des Cluster 4 wirken am wenigsten reflektiert. Über den Sinn der Krankheit denken sie, numerisch betrachtet, im Vergleich mit den anderen im mittlerem Umfang nach. Sie liegen hier auf zweiter Position, jedoch mit großem Abstand zu Cluster 2, das an erster Stelle liegt. Über den Tod denken die Patienten eher nicht nach. Sie reden über den Tod, zusammen mit Cluster 1, am gefaßtesten, jedoch auch in der zweitstärksten Ausprägung burschikos. Sie reden eher nicht ängstlich oder niedergeschlagen über den Tod.

Die Patienten des Cluster 4 sind am wenigsten informiert und reflektiert. Sie gehen, was das direkte Handeln betrifft, extrem aktiv auf Probleme zu und ein "Aus dem Weg gehen" oder "Abwarten" kommt für sie am wenigsten in Betracht. Was die intrapsychische Auseinandersetzung betrifft sind sie passiv; sie halten die von ihnen eingesetzten Strategien für effektiv.

Mit anderen reden/Äußern von Gefühlen/Offenheit

Die Patienten des Cluster 4 reden, zusammen mit denen des Cluster 2, am wenigsten mit anderen über ihre Krankheit und die dadurch bedingte Situation und halten dies auch für effektiv. Auch mit Partner, Familie und Bekannte reden sie am wenigsten über ihre Probleme und Gefühle. ("Mit dem Partner über Gefühle reden" und "Mit der Familie über Gefühle reden" sind nicht signifikant unterschiedlich.) Während des Interviews waren sie, zusammen mit Cluster 3, am verschlossensten. Sie äußerten die wenigsten Gefühle, jedoch die zweitmeisten positiven und die wenigsten negativen.

In Cluster 4 befinden sich die Patienten, die am verschlossensten sind, jedoch stehen positive Gefühle im Vordergrund, negative Gefühle werden am wenigsten genannt.

Gestimmtheit/Emotionales Befinden

Die Patienten des Cluster 4 äußern die wenigsten negativen Gefühle, die zweitmeisten positive. Sie reden über den Tod, zusammen mit Cluster 1, am gefaßtesten, jedoch auch eher burschikos. Sie beschreiben sich selbst am wenigsten als ärgerlich-aggressiv und ängstlich, am zweitwenigsten als niedergeschlagen. Sie wirkten während des Interviews nach Cluster 1 am ausgeglichsten, eher nicht ärgerlich-aggressiv (nicht signifikant) und niedergeschlagen und am wenigsten ängstlich (nicht signifikant).

Die Patienten dieses Clusters sind eher zurückhaltend mit Gefühlen, wirken jedoch eher positiv gestimmt, ausgeglichen, mit der Tendenz, daß diese positive Gestimmtheit leicht überzogen, burschikos wirkt.

Einschätzen/Bewertung

Die Patienten des Cluster 4 sehen, mit ziemlich großem Abstand zu den anderen Clustern, am wenigsten Veränderungen durch ihre Erkrankung, nennen jedoch die meisten positiven, aber die wenigsten negativen Veränderungen. (Nur das Ergebnis des letztgenannten Items ist signifikant.) Auch im Partner- und familiären Bereich sehen sie die wenigsten Veränderungen (Verbesserungen und Verschlechterungen halten sich dabei in etwa die Waage). Sie sind mit der Beziehung zu ihrem Partner am zufriedensten und liegen hier auch bei der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Beziehung zu ihrer Familie zusammen mit Cluster 3 und 2 eher vorn. In der Beziehung zu Bekannten sehen sie eher Veränderungen, wobei sie bezüglich der Verbesserungen an dritter, hinsichtlich der Verschlechterungen an zweiter Stelle liegen. Jedoch nehmen sie hinsichtlich ihrer Zufriedenheit wieder die zweite Position ein. (Zur Signifikanz der Ergebnisse der Items aus den drei Bereichen zu den Sozial-Beziehungen siehe bei der Beschreibung des Cluster 1 oder in der Tab. 2 im Anhang.) Die Patienten des vierten Clusters sind mit Äußerungen über sich selbst nicht zurückhaltend; sie nennen in Bezug auf sich selbst, zusammen mit Cluster 1, die meisten positiven Aspekte

und beschreiben sich am wenigsten negativ. (Die Ergebnisse zum Bereich "Selbstbild" sind jedoch alle nicht signifikant.) Sie beschreiben sich im Freizeit- und Kontaktbereich als am kompetentesten. Die Patienten erleben die geringste Belastung durch die Krankheit, die geringsten Ungewißheit und eher keine Einschränkung. Sie können Ungewißheit und Einschränkung am zweitbesten aushalten. Sie sehen jedoch am wenigsten positive Seiten der Behandlung. Die Zukunft betreffend nennen die Patienten aus Cluster 4 eher keine Pläne und sie äußern auch nur im mittleren Ausmaß Erwartungen für die Zukunft; jedoch liegen sie hinsichtlich positiver Erwartungen eher vorn, hinsichtlich negativer eher hinten. Was die Weiterführung von Kontakten betrifft, sind sie am wenigsten zuversichtlich.

Insgesamt sehen die Patienten des Cluster 4 eher keine Veränderungen und erleben auch die Krankheit und Therapie nur als geringe Belastung. Sie sind dabei mit ihrer Umwelt relativ zufrieden und haben auch von sich selbst ein positives Bild. Sie orientieren sich eher nicht aktiv auf die Zukunft, jedoch erwarten sie doch Positives.

Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal

In der Bewertung der Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ("Vertrauen", "Güte der Kooperation", "Informiert werden"; die Items haben nur z.T. signifikante Ergebnisse, siehe bei der Beschreibung des Cluster 1 oder in Tab. 2 im Anhang) liegt Cluster 4 überall an erster Stelle. Jedoch sprechen sie sowohl mit Ärzten wie mit Pflegepersonal nur in mittlerem Maße über Probleme und Gefühle und fragen diese auch nur im mittlerem Maß nach Information ("Mit Ärzten über Probleme reden" ergab kein signifikantes Ergebnis).

Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist bei Cluster 4 als gut zu bezeichnen. Sie sind am zufriedensten mit diesen Beziehungen, sind aber, was die realen Kontakte betrifft, nur in mittlerem Maße aktiv. Sie verhalten sich hier also umgekehrt wie Cluster 1 und 2.

Zusammengefaßt vermitteln die Patienten des Cluster 4 den folgenden Eindruck:

Die Patienten

- gehen extrem aktiv auf Probleme zu und Alternativen wie "Abwarten" oder "Problemen aus dem Weg gehen" kommen bei ihnen am wenigsten vor.
- Die Patienten sind, was die intrapsychische Auseinandersetzung betrifft, passiv.
- Die Patienten sind am verschlossensten, es überwiegt jedoch die Mitteilung positiver Gefühle.
- Sie sind eher positiv gestimmt und wirken ausgeglichen, jedoch mit der Tendenz, burschikos zu wirken.
- Die Patienten erleben kaum Veränderungen durch die Krankheit und für sie sind Krankheit und Therapie eher keine Belastung. Es überwiegt eine positive Bewertung der Umwelt und der eigenen Person. Sie sind nicht aktiv zukunftsorientiert, aber sie haben bezüglich der Zukunft eher positive Erwartungen.
- Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist gut. Die Patienten nehmen nur in mittlerem Maße mit Ärzten und Pflegepersonal Kontakt auf, sind aber am zufriedensten mit diesen Beziehungen.

Der Bereich "Reflektierter Optimismus-Offenheit" ist bei Cluster 4 nicht ausgeprägt. Die Patienten verhalten sich am ehesten gemäß der Dimension "Handlungsorientierte-verschlossene Zufriedenheit/Positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal". Auch der Bereich "Passiv-grüblerischer Pessimismus/Belastung durch die Krankheit" ist bei den Patienten des vierten Cluster nicht ausgeprägt.

Vergleich der vier Cluster und ihre Benennung

Cluster 1 ist durch eine reflektierte, intrapsychisch wie im direkten Handeln ausgeglichene Art der Auseinandersetzung charakterisiert. Die Patienten teilen sich anderen offen mit. Es überwiegt eine positive, ausgeglichene emotionale Befindlichkeit und die Umwelt, wie die eigene Person, werden überwiegend positiv gesehen, ohne daß dies zur Negation negativer Aspekte führen würde. Die Patienten des ersten Clusters planen ihre Zukunft aktiv und haben eher positive Er-

wartungen. Die Beziehung zu Ärzten ist relativ gut, wobei die Bewertung der Beziehung etwas ungünstiger ist.

In der Grundstimmung ist Cluster 4 dem ersten am ähnlichsten, jedoch wirkt diese bei den Patienten des vierten Clusters eher etwas "überzogen", so daß sie leicht einen etwas "gewollt" positiv gestimmten Eindruck machen. Sie "übersehen" auch eher Veränderungen durch ihre Krankheit und haben die Tendenz, negative Aspekte eher "auszuklammern". Dies zeigt sich auch darin, daß sie sich nicht aktiv mit der Zukunft auseinandersetzen, die positiven Erwartungen aber überwiegen. Sie sind sehr wenig offen, doch wenn sie sich mitteilen, teilen sie überwiegend positive Gefühle mit. Charakteristisch ist noch, daß sie versuchen, Probleme durch aktives Herangehen zu lösen; sie verhalten sich hier recht extrem. Auf der anderen Seite vermeiden sie ein "Nachdenken über die Krankheit". Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal bewerten sie am besten, sie nehmen aber keinen allzu intensiven Kontakt mit diesen auf. Von den Patienten in Cluster 1 unterscheiden sie sich also durch folgendes: Sie sind extrem aktiv, denken kaum über ihre Krankheit nach und sind nicht reflektiert. Weiterhin sehen sie die Umwelt und sich selbst einseitig positiv. Sie sind verschlossener.

Was das Äußern von Gefühlen und die Offenheit gegenüber anderen anbelangt, sind den Patienten des Cluster 4 die aus Cluster 3 am ähnlichsten. Auch sie sind eher verschlossen. Weiterhin ähnelt Cluster 3 Cluster 4 auch bezüglich der intrapsychischen Auseinandersetzung. Auch die Patienten des Cluster 3 setzen sich intrapsychisch eher nicht mit ihrer Krankheit auseinander.

Jedoch verhalten sie sich, was das direkte Handeln betrifft, im Gegensatz zu Cluster 4, eher passiv oder vermeidend. Es überwiegt, bei einem nur gering ausgeprägten Eindruck von Veränderungen (hier ähneln sie wieder Cluster 4), eine negative Sicht der Umwelt und der eigenen Person. Die Krankheit wird eher als Be-

lastung erlebt. Die Personen aus Cluster 3 werden dann auch als eher negativ gestimmt, als "burschikos-gereizt", eingeschätzt. Im Gegensatz zu Cluster 4 ist ihre Kooperation mit Ärzten und Pflegepersonal schlecht.

Ebenfalls negativ gestimmt sind die Patienten des Cluster 2; sie wirken aber nicht "burschikos-gereizt", sondern ängstlich und insbesondere niedergeschlagen. Weiterhin denken sie sehr stark über ihre Krankheit nach, sind hier also dem Cluster 1 am ähnlichsten und sie sind sehr offen. Auch hier ähneln sie am meisten Cluster 1. Im Gegensatz zu diesem denken die Patienten des Cluster 2 aber sehr viel häufiger über ihre Probleme nach und teilen sehr viel häufiger negative Gefühle mit, so daß ihre Offenheit eher als "Klagen" wirkt. Außerdem verhalten sie sich, im Gegensatz zu Cluster 1, extrem passiv und abwartend. Hier haben sie mit Cluster 3 z.T. eine Gemeinsamkeit. Ebenso wie bei diesen überwiegt auch bei den Patienten des Cluster 2 eine negative Sicht der Umwelt, der eigenen Person und der Zukunft und sie erleben beide eine mehr oder minder große Belastung durch die Krankheit und ihre Therapie. Allerdings ist die Beziehung der Personen aus Cluster 2 zu Ärzten und Pflegepersonal relativ gut.

Man kann also sagen, daß sich hinsichtlich Gestimmtheit und der Art des äußeren Handelns Cluster 1 und 4 ähneln, bzw. Cluster 2 und 3, hinsichtlich der intrapsychischen Auseinandersetzung und der Offenheit Cluster 1 und 2, bzw. Cluster 3 und 4. Bezüglich der verschiedenen Aspekte haben Cluster 1 und 3 eine eher ausgeglichene Sichtweise, wobei die Patienten des Cluster 1 im Gegensatz zu denen des Cluster 3 mehr äußern und positive Aspekte überwiegen. Cluster 2 und 4 haben eine eher einseitige Betrachtungsweise. Dabei sehen die Personen aus Cluster 2 eher mehr und es überwiegen die negativen Aspekte, bei Cluster 4 ist es umgekehrt.

Aufgrund der verschiedenen Strukturen, die bei den vier Clustern gefunden wurden, sollen diese nun eine Bezeichnung erhalten:

Cluster 1

Die Patienten dieses Clusters sind besonders dadurch gekennzeichnet, daß sie aktiv sind, offen, reflektiert und positiv gestimmt. Von den anderen unterscheiden sie sich vor allem durch ihre ausgewogene Art der Auseinandersetzung, die sich sowohl in Quantität wie Qualität der Auseinandersetzung zeigt. Sie sollen als "Handlungsorientierte, reflektierte Patienten" bezeichnet werden.

Cluster 2

Im Cluster 2 sind Patienten, die passiv, offen, grüblerisch und negativ gestimmt sind. Diese Patienten zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie sich kognitiv sehr intensiv mit den negativen Aspekten ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Sie sollen daher die Bezeichnung "Passive, grüblerische Patienten" erhalten.

Im dritten und vierten Cluster befinden sich Personen, die sich kognitiv eher nicht mit der Krankheit auseinandersetzen und versuchen, Konflikte eher auszuklammern. Auch anderen gegenüber sind sie eher verschlossen. Die Patienten beider Cluster sollen daher als "Verleugner" bezeichnet werden. (Man könnte sie auch als "kognitiv-passive, verschlossene Patienten" bezeichnen.)

Cluster 3

Die Patienten aus Cluster 3 unterscheiden sich von denen des vierten dadurch, daß sie eher negative Aspekte sehen und burschikos-gereizt wirken. Weiterhin ist ihre Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal, besonders was die Kooperation betrifft, am schlechtesten von allen Patientengruppen. Sie gehen Problemen eher aus dem Weg. Sie erhalten daher den Namen "Unkooperative, burschikose Verleugner".

Cluster 4

Die Patienten des vierten Clusters sind dagegen ausgeglichen, positiv gestimmt und sie gehen aktiv auf

Probleme zu.

Für sie wurde die Bezeichnung

"Handlungsorientierte, zufriedene Verleugner"
gewählt.

2.2.3.3. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

2.2.3.3.1. Fragestellung und Methodik

Im folgenden Abschnitt soll überprüft werden, ob zwischen den verschiedenen Strategien des Umgangs mit der Krankheit und bestimmten soziodemographischen Variablen (diese wurden unter IV 2. weiter expliziert) Zusammenhänge bestehen. Hierzu wurden für die verschiedenen soziodemographischen Variablen jeweils Kreuztabellen bezüglich der Cluster erstellt und die so erhaltenen Verteilungen mithilfe der Chi-Quadrat-Methode mit den zu erwartenden Verteilungen verglichen. Die Kreuztabellen werden nur für die signifikanten Ergebnisse abgebildet, sonst wird nur der numerische Wert der Signifikanz mitgeteilt.

2.2.3.3.2. Ergebnisse

Geschlecht

Zwischen Geschlecht und Clusterzugehörigkeit besteht kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0.320$). Während jedoch die Cluster 1, 2 und 4 je etwa 80 % Männer enthalten (Cl. 1 = 75 %; Cl. 3 = 81.3 %; Cl. 4 = 77.8 %), befinden sich in Cluster 2 nur 50 % männliche Patienten. Die Frauen sind also bei den "passiven, grüblerischen Patienten" tendenziell überrepräsentiert.

Art der Dialyse

Auch hier unterscheiden sich die Cluster nicht signifikant ($p = 0.493$). Jedoch befinden sich in den beiden ersten Clustern 37 bzw. 30 % Limited-Care-Patienten, in Cluster 3 am wenigsten (12.5 %) und in Cluster 4 ebenfalls nur 16.7 %. Berücksichtigt man, daß in der Gesamtstichprobe die Limited-Care-Patienten einen Anteil von 23 % haben, sieht man, daß sie in Cluster 1

und 2, die eher intrapsychisch aktive und offene Patienten enthalten, tendenziell überrepräsentiert sind, in Cluster 3 und 4 tendenziell unterrepräsentiert.

Alter

Wie in Tab. 26 dargestellt, zeigt das Alter einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Clusterzugehörigkeit ($p = 0.003$). Bei den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" dominiert die Gruppe der 20 - 30jährigen, auch die 31 - 45jährigen sind überrepräsentiert. Die dritte Altersgruppe kommt gar nicht vor. Die Patienten des Cluster 2 ("Passive, grüblerische Patienten") sind älter, als zu erwarten wäre, die Altersgruppe "20 - 30 Jahre" ist gar nicht besetzt.

Tab. 26 : Alter

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %	20 - 30	31 - 45	46 - 60	Reihe total
Cluster 1.	9 56.0 56.0	7 44.0 29.0	0 0.0 0.0	16 26.7
Cluster 2.	0 0.0 0.0	5 50.0 21.0	5 50.0 25.0	10 16.7
Cluster 3.	5 31.3 31.3	3 18.7 12.5	8 50.0 40.0	16 26.7
Cluster 4.	2 11.2 12.7	9 50.0 37.5	7 38.8 35.0	18 30.0
Spalte total	16 26.6	24 40.0	20 33.4	60 100.0

Chi-Quadrat = 20.700 DF = 6 Signifikanz = 0.003^{xx}

Bei den "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten" überwiegt ebenfalls die Altersgruppe der 45 - 60jährigen, die erste Altersgruppe entspricht in etwa den Erwartungen, die mittlere Altersgruppe ist unterrepräsentiert. Cluster 4 ("Handlungsorientierte, zufriedene Verleugner") enthält ebenso zu viele Patien-

ten der Altersgruppen "31 - 45" und "45 - 60", insbesondere zu viele 31 - 45jährige.

Die Patienten des Cluster 1 sind also "zu jung", die der anderen mit unterschiedlichen Nuancen, älter als erwartet.

Familienstand

Auch zwischen Familienstand und den durch die Cluster repräsentierten Auseinandersetzungsstilen besteht, wie Tab. 27 zeigt, ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p = 0.006$). Bei Cluster 1 sind, worauf auch bereits das im Schnitt niedrige Alter der Patienten hindeutete, die Ledigen überrepräsentiert. Cluster 2 enthält keine ledigen Patienten und, als einziges Cluster, eine geschiedene Frau. Cluster 3 entspricht in den beobachteten Werten in etwa den erwarteten. Cluster 4 enthält ebenfalls zu viele verheiratete und zu wenige ledige Personen.

Tab. 27 : Familienstand

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %	Ledig	Verheiratet	Geschieden	Reihe total
Cluster				
1.	8 50.0 61.5	8 50.0 17.4	0 0.0 0.0	16 26.7
2.	0 0.0 0.0	9 90.0 19.6	1 10.0 100.0	10 16.7
3.	4 25.0 30.8	12 75.0 26.1	0 0.0 0.0	16 26.7
4.	1 5.6 7.7	17 94.4 37.0	0 0.0 0.0	18 30.0
Spalte total	13 21.7	46 76.7	1 1.7	60 100.0

Chi-Quadrat = 17.797 DF = 6 Signifikanz = 0.006^{xx}

Insgesamt zeigt die Variable "Familienstand" eine Verteilung, die aufgrund der Altersverteilung erwartet werden kann. Während bei den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" der Anteil der Ledigen zu hoch ist, liegt er bei allen anderen Clustern mehr oder weniger zu niedrig.

Personen mit denen man lebt

Es zeigt sich (Tab. 28) ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Personen, mit denen man zusammenlebt und der Clusterzugehörigkeit ($p = 0.025$). Im Prinzip drückt diese Variable etwas Ähnliches aus, wie die zuvor dargestellte Variable "Familienstatus", nur daß sie etwas differenzierter ist. Allgemein kann man sagen, daß die Patienten aus Cluster 1, häufiger als zufällig mit Eltern und Geschwistern zusammenleben, die Patienten der anderen Cluster dagegen häufiger als erwartet mit einem Partner oder Partner und Familie leben. Insbesondere bei den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" und den "passiven, grüblerischen Patienten" gibt es keine Patienten, die noch mit den Eltern

Tab. 28: Personen, mit denen man lebt

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Cluster	Anzahl Reihe % Spalte %	Alleine	Eltern/ Eltern + Geschw.	Partner P. + Kind P. + and.	Andere Verwandte	Reihe total
1.	1	7	8	0	16	
	6.3 33.3	43.7 77.7	50.0 17.0	0.0 0.0	26.7	
2.	1	0	9	0	10	
	10.0 33.3	0.0 0.0	90.0 19.2	0.0 0.0	16.7	
3.	1	2	13	0	16	
	6.2 33.3	12.6 22.3	81.2 27.6	0.0 0.0	26.7	
4.	0	0	17	1	18	
	0.0 0.0	0.0 0.0	94.4 36.2	5.6 100.0	30.0	
Spalte total		3 5.0	9 15.0	47 78.3	1 1.7	60 100.0

Chi-Quadrat = 18.870

DF = 9

Signifikanz = 0.025^x

oder Eltern und Geschwistern zusammenleben. Auch hier zeigt sich der Zusammenhang mit der Altersverteilung. Die Tatsache "Alleine zu leben" steht in keinem Zusammenhang mit dem Auseinandersetzungsstil.

Schulabschluß

Der Schulabschluß zeigt keinen signifikanten Zusammenhang mit der Clusterzugehörigkeit ($p = 0.327$). Allerdings haben in Cluster 1 56.3 % Mittlere Reife oder Abitur, während es bei Cluster 2 20 % sind, bei Cluster 3 43.8 % und bei Cluster 4 22.2 %. Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" haben also, was den Schulabschluß betrifft, eine höhere Qualifikation. Am ähnlichsten sind ihnen die "unkooperativen, burschikosen Verleugner". Es befinden sich auch nur in diesen beiden Clustern Personen mit Abitur, nur in den beiden anderen solche ohne Schulabschluß. Da nur bei den Clustern 1 und 3 Patienten der Altersgruppe 20 - 30 vorkommen, wäre zu überlegen, inwieweit nicht auch dieses Ergebnis durch die Altersverteilung mitbedingt ist, da man heute von einer im Schnitt höheren Schulbildung ausgehen muß.

Erwerbstätigkeit

Zwischen den Clustern bestehen bezüglich der Erwerbstätigkeit signifikante Unterschiede ($p = 0.057$; Tab. 29). Die "Passiven, grüblerischen Patienten" bekommen alle Rente und nur einer von ihnen ist nebenbei noch teilzeit-berufstätig. Die Verteilung weicht somit sehr stark von der erwarteten ab. (Hier zeigt sich vielleicht auch der Einfluß der Tatsache, daß in diesem Cluster mehr Frauen sind, die wiederum viel häufiger berentet sind.)

Bei Cluster 3 entspricht die tatsächliche Verteilung in etwa der erwarteten. Bei den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" und den "handlungsorientierten, zufriedenen, verleugnenden Patienten" sind die Rentner ohne Berufstätigkeit unterrepräsentiert, diejenigen, die voll-, oder auch nur teilzeit-berufstätig sind, sind überrepräsentiert. Prozentual ausge-

drückt bedeutet das: 75 % des Cluster 1 arbeiten, bei Cluster 4 sind es 61.1 %, bei Cluster 3 auch noch 50.1 %. Dagegen sind nur 10 % der Patienten des Cluster 2 berufstätig.

Tab. 29 : Erwerbstätigkeit

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %		Voll- zeit	Teil- zeit	Teilz. + Rente	Rentner	Arbeits- lose	Haus- frauen	Reihe total
Cluster	1.	6 37.5 33.3	4 25.0 80.0	2 12.5 22.2	3 18.8 12.0	1 6.3 50.0	0 0.0 0.0	16 26.7
	2.	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	1 10.0 11.1	9 90.0 36.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	10 16.7
	3.	5 31.3 27.8	1 6.3 20.0	2 12.5 22.2	7 43.8 28.0	1 6.3 50.0	0 0.0 0.0	16 26.7
	4.	7 38.9 38.9	0 0.0 0.0	4 22.2 44.4	6 33.3 24.4	0 0.0 0.0	1 5.6 100.0	18 30.0
Spalte total		18 30.0	5 8.3	9 15.0	25 41.7	2 3.3	1 1.7	60 100.0

Chi-Quadrat = 24.481 DF = 15 Signifikanz = 0.057^x

Art des Berufes der Erwerbstätigen

Die Cluster unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Art der von ihnen ausgeübten Berufe ($p = 0.548$).

Art des ehemaligen Berufes der Nicht-Erwerbstätigen

Zwischen der Art des ehemaligen Berufes der Nicht-Erwerbstätigen und der Clusterzugehörigkeit besteht kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0.358$).

Monatliches Netto-Einkommen des Gesamthaushaltes

Die Cluster unterscheiden sich nicht signifikant in der Höhe ihres Netto-Einkommens ($p = 0.144$). Jedoch sind für die Patienten in Cluster 1 und 3 die Einkommensgruppen "Unter 600 DM" und "600 - 1200 DM" überrepräsentiert (Häufigeres Vorkommen der Altersgruppe "20 - 30 Jahre"!), bei Cluster 2 gilt das für die Einkommensgruppe "2000 - 4000 DM" und bei Cluster 4 für die Gruppe

"1200 - 2000 DM". Von einem anderen Aspekt betrachtet: 43.8 % der Patienten aus Cluster 1 haben mehr als 2000 DM im Monat zur Verfügung, bei Cluster 2 sind es 60 % und bei Cluster 3 und 4 je 50 %. Unter diesem Aspekt stehen sich die Patienten des Cluster 2 finanziell am günstigsten, die aus Cluster 1 am ungünstigsten, Cluster 3 und 4 nehmen eine mittlere Position ein.

Zeitdauer, seit der man Dialysepatient ist

Zwischen der Zeitdauer, seit der jemand Dialysepatient ist und der Clusterzugehörigkeit besteht kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0.106$). Jedoch enthält Cluster 3 im Vergleich mit den anderen Clustern den höchsten Prozentsatz von Patienten, die weniger als 2 Jahre an der Dialyse sind (37.5%), diese sind gegenüber der erwarteten Verteilung überrepräsentiert. In Cluster 4 findet sich im Vergleich mit den anderen der höchste Prozentsatz an Patienten, die zwischen 5 und 10 Jahren an der Dialyse sind (50 %), auch diese sind gegenüber der erwarteten Verteilung zu stark vertreten. Cluster 1 und 2 haben ihren größten Prozentsatz von Patienten beide in der Gruppe "Seit 2 - 5 Jahren Dialysepatient" (50 bzw. 60 %); diese sind auch gegenüber der erwarteten Verteilung zu häufig vertreten. Insgesamt betrachtet sind also die "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten" häufiger als erwartet erst seit weniger als 2 Jahren Dialysepatienten, die "handlungsorientierten, reflektierten" und die "passiven, grüblerischen" Patienten häufiger seit 2 - 5 Jahren an der Dialyse. Dagegen dialysieren die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" häufiger als erwartet seit 5 - 10 Jahren.

Transplantationsversuch

Die Cluster unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Durchführung eines Transplantationsversuches ($p = 0.102$). Jedoch liegen bei den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" und den "passi-

ven, grüblerischen Patienten" die durchgeführten Transplantationsversuche etwas höher, als aufgrund der Verteilung in der Gesamtstichprobe (hier sind es 12 % der Patienten, die sich einem Transplantationsversuch unterzogen haben) zu erwarten wäre. 25 % der Patienten in Cluster 1, 20 % in Cluster 2, 5.6 % in Cluster 4 und kein Patient in Cluster 3 haben einen Transplantationsversuch hinter sich. Dies könnte, zumindest für die Patienten des Cluster 3, auch durch die unterschiedlich lange Zeitdauer, seit der die Patienten an der Dialyse sind, erklärt werden. Allerdings müßten dann die Patienten aus Cluster 4 die meisten Transplantationsversuche durchgeführt haben.

2.2.3.4. Zusammenfassung und Diskussion

Mit einer Clusteranalyse über die Elemente konnten 4 Patientengruppen identifiziert werden. Eine Diskriminanzanalyse bestätigte die Richtigkeit der angenommenen Einteilung.

Die gefundenen Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der untersuchten Dimensionen wie folgt:

Die Patienten des Cluster 1 wurden "handlungsorientierte, reflektierte Patienten" genannt, da sie in mittlerem Ausmaß aktiv auf die Krankheit und damit zusammenhängende Probleme zugehen; in mittlerem Ausmaß über die Krankheit nachdenken; reflektiert sind; offen sind und diese Offenheit positiv getönt ist; sie positive und negative Aspekte relativ ausgeglichen sehen, wobei die positiven überwiegen und sie aktiv und positiv auf die Zukunft ausgerichtet sind; sie ausgeglichen sind und eine positive Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal haben (sich diese allerdings noch besser wünschen).

Bei der Überprüfung des Einflusses soziodemographischer Variablen ergab sich, daß in diesem Cluster im Schnitt die jüngsten Patienten sind; es enthält den größten Prozentsatz von 20 - 30 jährigen. Dementsprechend sind in Cluster 1 auch die meisten ledigen Patienten und die meisten, die mit Eltern oder Eltern und Geschwistern zusammenleben. Cluster 1 hat auch die meisten Patienten mit mittlerer Reife oder Abitur (dieses Ergebnis ist im Gegensatz zu den anderen allerdings nicht signifikant) und den größten Prozentsatz an berufstätigen Patienten. Die Patienten des Cluster 1 befinden sich zum größten Teil und häufiger als erwartet seit 2 - 5 Jahren an der Dialyse; sie sind häufiger als alle anderen Limited-Care-Patienten, sie haben die meisten Transplantationsversuche unternommen. Die letzten 3 Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant.

Die Patienten in Cluster 2 wurden als "Passive, grüblerische Patienten" bezeichnet. Sie zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus: Die Patienten des Cluster 2 verhalten sich am meisten abwartend und gehen auf Probleme am wenigsten aktiv zu; sie setzen sich intrapsychisch sehr stark mit der Krankheit auseinander, ohne daß ihnen das etwas gibt, oder sie es selbst effektiv finden; sie sind offen, teilen aber überwiegend negative Gefühle mit; die Patienten sehen die meisten negativen Aspekte und erleben Krankheit und Therapie als größte Belastung, haben keine Pläne und die meisten negativen Zukunftserwartungen; sie wirken am wenigsten ausgeglichen und am meisten niedergeschlagen; sie haben eine relativ gute Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal.

Was den Einfluß soziodemographischer Variablen betrifft, so ähnelt Cluster 2 in den direkt Dialyse-bezogenen Daten am meisten Cluster 1. Cluster 2 enthält die zweitmeisten Limited-Care-Patienten, auch von ihnen dialysieren die meisten zwischen 2 - 5 Jahren und sie haben die zweitmeisten Transplantationsversuche hinter sich. In den anderen Variablen ist Cluster 2 konträr zu Cluster 1. Hier befinden sich die ältesten Patienten, keiner von ihnen ist dann auch ledig. Cluster 2 enthält den geringsten Prozentsatz von Patienten mit mittlerer Reife und Abitur und vor allem den geringsten Prozentsatz an Erwerbstätigen. Im Gegensatz zu allen anderen enthält Cluster 2 die meisten Frauen. (Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant. Zur Signifikanz der anderen Ergebnisse, siehe bei Cluster 1.)

In Cluster 3 sind Patienten, die als "Unkooperative, burschikose Verleugner" bezeichnet wurden. Sie sind im direkten Umgang mit Problemen eher zurückhaltend und verhalten sich eher abwartend oder vermeidend. Sie setzen sich mit der Krankheit intrapsychisch nicht auseinander, insbesondere nicht, wenn es um emotional belastende Probleme geht; sie sind eher verschlossen, ohne daß positive oder negative Gefühle im Vordergrund stehen; die Patienten teilen sich nur in mittlerem Ausmaß mit, letztlich überwiegt dabei eine negative Sicht der Umwelt und der eigenen Person; sie erleben dabei Krankheit und Therapie am zweitmeisten als Belastung, mit der Zukunft setzen sie sich nur in mittlerem Ausmaß auseinander. Sie wirken nach Cluster 2 am wenigsten ausgeglichen, jedoch eher gereizt-ärgerlich und burschikos. Die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist am ungünstigsten.

Cluster 3 ähnelt, was Alter, Familienstand und Schulabschluß betrifft am meisten Cluster 1. Dagegen sind diese Patienten am zweitwenigsten häufig erwerbstätig. Sie haben die wenigsten Transplantationsversuche hinter sich, nämlich keine, und Cluster 3 enthält den größten Prozentsatz an Heimdialysepatienten. In diesen beiden Variablen ähnelt es am meisten Cluster 4. Im Gegensatz zu allen anderen Clustern enthält Cluster 3 die meisten Patienten, die seit weniger als 2 Jahren dialysieren.

Die Patienten in Cluster 4 wurden als "Handlungsorientierte, zufriedene Verleugner" bezeichnet. Diese Patienten gehen extrem aktiv auf Probleme zu; sie sind in der intrapsychischen Auseinandersetzung passiv; sie sind wohl am verschlossensten, es überwiegt jedoch die Mitteilung positiver Gefühle; sie sind eher positiv gestimmt und wirken ausgeglichen, jedoch auch etwas burschikos; die Patienten sehen kaum negative Aspekte und sie haben positive Zukunftserwartungen, setzen sich mit dieser aber kaum auseinander; die Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal ist gut, sie sind mit dieser am zufriedensten.

Bezüglich Alter, Familienstand und Schulabschluß ähnelt Cluster 4 am meisten Cluster 2. Dagegen sind diese Patienten nach Cluster 1 am zweithäufigsten erwerbstätig. Wie Cluster 3 enthält Cluster 4 mehr Heimdialysepatienten und hat nach diesen die wenigsten Transplantationsversuche unternommen. Im Gegensatz zu allen anderen Clustern dialysieren diese Patienten am meisten seit 5 - 10 Jahren.

Entgegen den vorn formulierten Erwartungen konnten nicht fünf, sondern nur vier verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Auseinandersetzungsstrategien identifiziert werden.

Die Patientengruppe, die als "handlungsorientierte, reflektierte Patienten" bezeichnet wurde, stimmt wohl im wesentlichen mit derjenigen der in III 1. an fünfter Stelle beschriebenen Gruppe überein, deren Strategie als "optimal" gekennzeichnet worden war.

Diese sollten ein stabiles, aber auch flexibles Konzept haben, d.h., sich in mittlerem Ausmaß mit der Krankheit auseinandersetzen. Negative und positive Aspekte sollten in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, wobei die positive Sicht letztlich dominieren sollte. "Reflektiertheit" könnte ebenfalls auf ein stabiles, aber flexibles Konzept verweisen.

Auch die Handlungsstrategie sollte flexibel sein, d.h. je nach Situation sollte aktives, abwartendes oder vermeidendes Verhalten eingesetzt werden, wobei aber die aktive Auseinandersetzung dominieren sollte. Wie der Beschreibung des Cluster 1 zu entnehmen ist, stimmt deren Strategie im wesentlichen hiermit überein.

Die Personen in Cluster 2 wurden als "passive, grüblerische Patienten" bezeichnet. Dieses Cluster ist wohl der in III 1. an erster Stelle beschriebenen "grübelnd-passiven" Gruppe sehr ähnlich, bei der negative Aspekte im Vordergrund stehen sollen. Es wurde angenommen, daß diese Patienten kein ausgebildetes Konzept haben. Prüft man das Zutreffen dieser Aussage auf die Patienten des Cluster 2, und nimmt das Ausmaß an "Informiertheit" als Indikator, so ist festzustellen, daß diese Patienten am wenigsten informiert sind. Allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Insgesamt ist jedoch wohl von einer weitgehenden Identität der beiden angesprochenen Gruppen auszugehen.

Die Patienten des Cluster 3, die "unkooperativen, burchikosen Verleugner", sind intrapsychisch passiv und verhalten sich eher abwartend und vermeidend. In ihrem Konzept dominieren die negativen Aspekte. Die Patienten dieses Clusters stimmen wohl im wesentlichen mit der vorn an dritter Stelle beschriebenen Gruppe mit einer "vermeidend-fliehenden" Strategie überein.

Cluster 4 wiederum, die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" stimmen wohl mit der vorn an zweiter Stelle beschriebenen Gruppe der "intrapsychisch-passiven", aber "aktiv-kämpferischen" Gruppe überein, in deren Konzept positive Aspekte überwiegen sollen.

Nicht gefunden werden konnte also die "depressiv-apathische" Gruppe, von der eine intrapsychisch, wie nach außen hin, passive Art der Auseinandersetzung erwartet worden war.

Diese Auseinandersetzungsstrategie war in II 1. auch als Endstufe eines mißlungenen Auseinandersetzungsprozesses bezeichnet worden, die bereits das Scheitern der Bemühungen, Resignation und Apathie gegenüber der Krise beinhalten. Daß diese Strategie in der vorliegenden Untersuchung nicht gefunden werden konnte, spricht eventuell dafür, daß die Stichprobe insgesamt ihre Krankheit doch relativ gut bewältigt, wie es ja

auch bei der Beschreibung des Verhaltens der Gesamtstichprobe deutlich wurde. Hier könnte auch die günstige finanzielle und medizinisch-therapeutische Situation eine Rolle spielen.

Es gäbe dann demnach in dieser Stichprobe keine Patienten, die an ihrer Krankheit "scheitern".

In Abschnitt III 1. war für die "verleugnende, aktiv-kämpferische" und die "verleugnende, aktiv fliehende" Gruppe die Möglichkeit von "Vorstufen" erwogen worden, in denen die angesprochenen Strategien noch nicht zu einer zerstörenden Ausblendung von Realität geführt haben, sondern nur einer kognitiven Verdeutlichung und damit der Spannungsreduktion dienen.

Zwar liegen die beiden angesprochenen Gruppen bezüglich der "Informiertheit" an dritter und vierter Stelle, jedoch ist der Unterschied zu den beiden anderen Clustern so gering, daß man davon ausgehen kann, daß ihr Konzept durchaus noch realitätsangemessen ist.

Dies spricht dafür, die Strategien der beiden Gruppen als noch realitätsangemessene "Vorstufen" aufzufassen.

In Zusammenhang mit den verschiedenen Strategien wurde jeweils ein bestimmtes emotionales Befinden erwartet. Danach müßten die Patienten des Cluster 1 "ausgeglichen", die des Cluster 2 "ängstlich-unsicher", eventuell auch "niedergeschlagen-verzweifelt", die von Cluster 3 "latent-gereizt" und die des Cluster 4 "optimistisch" sein. Cluster 1 wurde im Interview als am ausgeglichensten und am wenigsten niedergeschlagen beurteilt. Auch sprachen diese Patienten neben den Patienten des Cluster 4 am gefaßtesten über den Tod, ohne jedoch dabei burschikos zu wirken. Die vorn formulierte Erwartung trifft also zu.

Die Patienten des Cluster 2 wirkten während des Interviews am wenigsten ausgeglichen, am ängstlichsten und, mit großem Abstand, am niedergeschlagensten. Dem entspricht auch die Art, wie sie über den Tod reden. Neben der Ängstlichkeit zeigen die Patienten also zusätzlich wie erwartet Gefühle der Niedergeschlagenheit.

Diese waren stärker ausgeprägt bei der hier nicht gefundenen "apathisch-depressiven" Gruppe erwartet worden. Diese Gruppe hat im Gegensatz zur vorher genannten ihre Bemühungen um "Orientierung" eingestellt, ist aber genauso im äußeren Handeln passiv. Eventuell ist die Niedergeschlagenheit der "grübelnden Patienten" auch auf diese Passivität im äußeren Handeln zurückzuführen. In II 1. war ja ein Zusammenhang zwischen Hilflosigkeit gegenüber der Umwelt, die aus deren Nicht-Veränderbarkeit resultiert, und Gefühlen der Resignation - Depression hergestellt worden ("Giving up - Given up"-Komplex von ENGEL, 1968). Die Besonderheit der Patienten des Cluster 2 würde dagegen also darin bestehen, neben Gefühlen der Niedergeschlagenheit auch Angst zu empfinden.

Die Patienten des Cluster 3 wirkten während des Interviews am zweitwenigsten ausgeglichen und eher ängstlich. Über den Tod reden diese Patienten am wenigsten ängstlich und niedergeschlagen, aber am meisten auf eine burschikose Art. Dabei sehen sie aber doch sehr viele negative Aspekte ihrer Krankheit. Ihre burschikose Art über den Tod zu reden macht dann auch den Eindruck, daß sie sich bemühen, "locker" über ihre Probleme hinwegzugehen, ohne daß sie sich tatsächlich damit abfinden können. Die Beschreibung "latent gereizt" trifft deshalb relativ gut auf sie zu.

Diese Befindlichkeit spricht aber auch gleichzeitig dafür, daß es sich bei der ihnen angesprochenen Strategie um die genannte "Vorstufe" handelt, da andernfalls bei ihnen starke Ängste und Ärger auftreten müßten.

Die Patienten des vierten Clusters wirkten im Interview nach den "reflektierten" Patienten am ausgeglichensten. Sie redeten, ebenfalls zusammen mit den Patienten des Cluster 1, am gefaßtesten über den Tod, taten dies aber auch eher burschikos. Insgesamt wirken sie positiv gestimmt, was auch darin seinen Ausdruck findet, daß sie am zweitmeisten Positives in der Zukunft

erwarten. Die vorn getroffene Beschreibung als "optimistisch" trifft wohl relativ gut auf sie zu. Allerdings wirken sie z.T. auch eher etwas burschikos um eine positive Gestimmtheit bemüht. Diese Beschreibung als "optimistisch" spricht auch bei diesen Patienten dafür, die von ihnen eingesetzte Strategien als "Vorstufe" aufzufassen, da bei einer extremeren Ausprägung der "aktiv-kämpferischen" Strategie eher "Aggressionen-Kampfbereitschaft" erwartet wurden.

Es wurden bei den genannten Strategien auch bestimmte Ausprägungen der "spezifisch menschlichen" Dimensionen der Auseinandersetzung erwartet.

Bei Personen, die sich intrapsychisch aktiv mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, wurde auch eine größere Offenheit gegenüber anderen erwartet. Bei den "grübelnisch-passiven" Patienten sollte diese aber negativ getönt sein. Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen "positiver" Verleugnung und einem positiven Selbstbild angenommen.

Cluster 1 und 2 sind wie erwartet am offensten gegenüber anderen, insbesondere sind sie dies auch während des Interviews. Wie erwartet teilen auch die Patienten des Cluster 2 die meisten negativen, die des Cluster 1 die meisten positiven Gefühle mit.

Die Patienten der Cluster 3 und 4 wirkten dagegen während des Interviews am verschlossensten und sind auch gegenüber Familie und Bekannten am wenigsten offen, besonders was das Mitteilen von Gefühlen angeht. Die Patienten des Cluster 3 nennen mehr negative Gefühle als die des Cluster 4, bezüglich der positiven Gefühle ist es umgekehrt. Offenheit steht also wie erwartet mit dem Ausmaß an "Abwehr" in Verbindung, die emotionale Getöntheit dieser Offenheit jedoch mit der Art der vorherrschend gesehenen Aspekte.

"Positive" Verleugnung sollte zu einem positiven Selbstkonzept führen.

Dies trifft zu, allerdings sind nicht alle Ergebnisse

signifikant. Die "handlungsorientierten, verleugnenden Patienten" nennen bezüglich der eigenen Person die meisten positiven und die wenigsten negativen Aspekte. Es folgen die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten". An dritter Stelle befinden sich die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" und die "passiven, grüblerischen Patienten" haben das negativste Selbstbild. Bezüglich der selbsteingeschätzten Kompetenz auf den verschiedenen Gebieten verschiebt sich die Reihenfolge teilweise geringfügig, unterstützt aber im wesentlichen die vorn getroffene Aussage. Negativ getönte Verleugnung führt also zu einem ungünstigeren Selbstbild als eine Offenheit, die positive Gesichtspunkte in den Vordergrund stellt, während "positive Verleugnung" das positivste Selbstbild bewirkt. Es spielt also nicht allein das Ausmaß an intrapsychischer Auseinandersetzung, sondern auch die Art der dominierend erlebten Aspekte eine Rolle, wie es erwartet wurde.

In der Literatur über Dialysepatienten werden am häufigsten zwei große Gruppen von Patienten beschrieben:

"Verleugnende", bzw. wie DREES (1976) sie nennt "verschlossene, verleugnende und pseudo-stabile Patienten" und "depressive" Patienten. Die letztgenannten zerfallen wiederum in zwei Untergruppen: "Depressiv-verschlossene" und "depressiv-anklammernd und jammernde" Patienten. Darüber hinaus werden auch Patienten beschrieben, die Ärger empfinden und Schwierigkeiten mit dem Personal haben (z.B. GAUS und KÖHLE, 1979 b). DREES nennt eine Gruppe, in der die Patienten "trotzig protestierend" und "zwanghaft rigide" sind. STRAUCH-RAHÄUSER (1977) hat eine Patientengruppe gefunden, die Konflikte aktiv (im äußeren Handeln) vermeidet, intrapsychisch die Krankheit leugnet und schlecht kooperiert. Man kann mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, daß diese drei zuletzt genannten Gruppen weitgehend miteinander identisch sind.

DREES erwartet zusätzlich noch eine Gruppe mit "adulten" Mechanismen.

Es war bereits in Abschnitt II 2. darauf aufmerksam gemacht worden, daß in der Literatur häufig Reaktionen und Bewältigungsstrategien miteinander verquickt dargestellt werden. Vom eigentlichen Bewältigungsverhalten werden oft nur Teilaspekte (vornehmlich die Abwehr) untersucht, obwohl erst die unterschiedlichen Dimensionen in ihrer Gesamtheit die Auseinandersetzungsstrategie konstituieren.

Von daher ist ein Vergleich der hier gefundenen Strategien mit den in der Literatur genannten nicht völlig eindeutig durchzuführen.

Man kann aber wohl feststellen, daß die hier gefundene Gruppe der "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" mit der in der Dialyse-Literatur am häufigsten beschriebenen Gruppe der "Verleugner" übereinstimmt. Sie stellen auch in der vorliegenden Untersuchung den größten Anteil an Patienten. Diese Untersuchung konnte dazu beitragen, das Verhalten der Patienten in zusätzlichen Dimensionen zu erfassen und so das Konzept der "Abwehr" zu erweitern.

Die "passiven-grüblerischen Patienten" entsprechen wohl weitgehend der "depressiv-anklammernden, jammernden" Patienten, die in der Literatur auch als "ängstlich und verzeifelt" beschrieben werden.

Das Fehlen von "depressiv-apathischen" Patienten könnte, wie vorn geschehen, zum einen darauf zurückgeführt werden, daß sich die Patienten aufgrund ihrer positiven sozialen und medizinischen Situation nicht in der Phase der "Erschöpfung" befinden, da die günstigen Umstände ein solches Abgleiten verhindern. Es liegen allerdings keine vergleichbaren soziodemographischen Daten für andere als depressiv beschriebene Patientengruppen vor. Zudem wird in den meisten Untersuchungen nicht genauer expliziert, was unter "depressiv" verstanden werden soll, so daß die oben formulierte Annahme nicht bestätigt werden kann.

DREES (1976) vertritt, was den Zeitpunkt des Auftretens der beiden Formen von Depression betrifft, einen konträren Standpunkt. Er meint, daß Depression verbunden mit Verslossenheit nicht in der Phase der Erschöpfung, sondern zu Beginn der Krankheit auftritt, und erst später Depressionen kombiniert mit "Jammern" und "Anklammern" entstehen. Über die Richtigkeit dieser Annahmen kann nicht entschieden werden. Schließt man sich der Meinung von DREES jedoch an, kann das Fehlen der "depressiv-apathischen" Gruppe darauf zurück geführt werden, daß alle befragten Patienten der vorliegenden Stichprobe seit mehr als einem Jahr an der Dialyse waren.

Die als "unkooperative, burschikose Verleugner" beschriebenen Patienten stimmen wohl mit der von STRAUCH-RAHÄUSER (1977) beschriebenen Gruppe der "Vermeider" (Vermeider bezüglich des äußeren Handelns!) überein. Sie sind passiv bzw. ziehen sich vor Problemen zurück. Während STRAUCH-RAHÄUSER bei diesen Patienten jedoch einen bagatellisierenden Wahrnehmungsstil vermutet, der zu einer Ignorierung der Krankheit führt, wurde in dieser Untersuchung anderes festgestellt. Die Patienten sind zwar intrapsychisch passiv, wehren also ab, jedoch setzen sie keine positive, sondern eine negative Verdeutlichung zum Abbau von Ungewißheit und damit der Spannungsreduktion ein. Sie sehen also vorwiegend negative Aspekte ihrer Krankheit und bagatellisieren diese nicht.

Übereinstimmend mit STRAUCH-RAHÄUSER kann aber festgestellt werden, daß diese Patientengruppe nur schlecht mit dem medizinischen Personal kooperiert. Die Ursache hierfür ist aber nicht die Bagatellisierung der Krankheit und der damit verbundenen Therapieauflagen, sondern im Gegenteil, die Überbetonung negativer Aspekte der Krankheit und der Therapiebedingungen, die ein Vermeidungsverhalten bewirkt.

Es lassen sich weiterhin Übereinstimmungen mit der von GAUS und KÖHLE (1976 b) beschriebenen "ärgerlichen,

unkooperativen" Patientengruppe und insbesondere gemeinsame Züge mit den von DREES beschriebenen "trotzig-protestierenden, zwanghaft-rigiden" Patienten feststellen.

Die Gruppe der "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" stimmt eventuell mit den Patienten überein, denen GAUS und KÖHLE (1979 b) eine "gelungene Anpassung" zuschreiben. GAUS und KÖHLE erwarten bei diesen "kooperatives, realitätsbezogenes Verhalten". In dieser Allgemeinheit trifft die Beschreibung auf die Patienten des Cluster 1 zu. Weiterhin bestehen auch Übereinstimmungen mit der von DREES beschriebenen Gruppe mit "adulten" Mechanismen.

Im wesentlichen stimmen die in dieser Untersuchung gefundenen Gruppen mit den in der Literatur über Dialysepatienten beschriebenen überein. Es wurde jedoch versucht, deren Eigenschaften aus einem einheitlichen Konzept abzuleiten und verschiedene Aspekte, die zusammen die Auseinandersetzungsstrategie konstituieren, aufeinander zu beziehen. Dies führte zu einer Vervollständigung der in der Literatur gefundenen Strategien, z.T. zu einer anderen Akzentuierung.

In der Literatur über Dialysepatienten werden verschiedene Annahmen darüber formuliert, wie sich die "Abwehr" auf das Kooperationsverhalten, auf die Beziehung zu anderen und auf das eigene Befinden auswirkt.

Abwehr soll zu mangelndem Kooperationsverhalten führen (u.a. ABRAM, 1977; KAPLAN DE NOUR und CZACZKES, 1976). Für die "negativ" verleugnenden Patienten konnte dies bereits bestätigt werden.

Die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" liegen was die Bewertung der Kooperation mit Ärzten und Pflegepersonal betrifft, fast immer an erster Stelle, was jedoch das reale Ausmaß an Kooperation angeht, nahezu immer an dritter Position. Zwar ist nur ein Teil der Unterschiede signifikant, jedoch kann man wohl davon ausgehen, daß die Tendenz richtig wiedergegeben wird.

"Verleugnung" führt also tatsächlich zu einer eingeschränkten Kooperation, jedoch ist hierfür einmal eine negative Überbetonung, einmal eine bagatellisierende Sicht von Krankheit und Therapie verantwortlich. Die letztgenannte Strategie wirkt sich dabei etwas günstiger aus. Dazu kommt noch, daß von den "positiv" verleugnenden Patienten die Zusammenarbeit sehr positiv bewertet wird, was sicher wiederum günstige Auswirkungen auf Ärzte und Pflegepersonal und deren Bewertung der Zusammenarbeit mit diesen Patienten hat.

Die Kooperation der "passiven, grüblerischen Patienten" und der "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" ist intensiver als die der beiden vorn genannten Gruppen, wobei die erstgenannten stärker mit dem Pflegepersonal, die anderen mit den Ärzten kooperieren. Die Bewertung der Kooperation ist bei beiden Gruppen ungünstiger als die reale Zusammenarbeit, wobei diese Tendenz bei den "reflektierten" Patienten noch stärker ausgeprägt ist.

Die gute Kooperation der Patienten des Cluster 2 ist vielleicht durch deren Wunsch nach Hilfe und Unterstützung motiviert, wie er von REICHSMAN und LEVY (1972) bei ängstlichen und abhängigen Patienten festgestellt wurde. Ihre weniger gute Bewertung resultiert vielleicht aus dem (nicht erfüllten) Wunsch nach noch mehr Hilfe.

Die gute Kooperation der reflektierten Patienten deckt sich mit der von GAUS und KÖHLE (1979 b) formulierten Erwartung, daß realitätsbezogene Auseinandersetzung zu kooperativem Verhalten führt. Allerdings sind diese Patienten auch etwas kritischer eingestellt, was eventuell zu Spannungen im Verhältnis zum medizinischen Personal führt und die Ursache für die negativere Bewertung der Zusammenarbeit darstellt. Es war bereits in Abschnitt II 2.2. darauf hingewiesen worden, daß der konforme Patient oft beliebter ist.

Abwehr soll weiterhin, wie u.a. von BALCK et al. (1978) und TSALTAS (1976) festgestellt wurde, zu einer Verarmung der Beziehungen, insbesondere der zum Partner führen. Tatsächlich reden die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" immer am wenigsten, bzw. in zwei Fällen am zweitwenigsten mit Partner, Familie und Bekannten über Probleme und Gefühle. Dagegen sind sie mit diesen Beziehungen, besonders mit der zum Partner, relativ zufrieden.

Am zweitwenigsten reden die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" mit den genannten Personen über Probleme und Gefühle. Sie sind aber im Gegensatz zur vorgenannten Gruppe, mit Ausnahme des Kontaktes zur Familie, relativ unzufrieden mit ihren Beziehungen.

Am häufigsten reden die Patienten des Cluster 1 mit anderen über Probleme und Gefühle, die Patienten des Cluster 2 liegen an zweiter Stelle, bezüglich des Partners an erster. Die "reflektierten" Patienten sind noch offener gegenüber anderen als die "grübelnden".

Ein abwehrender Stil führt also tatsächlich zu einer Einschränkung der Intensität der Kommunikation, wobei auch hier die Bewertung dieser Tatsache je nach Art der Abwehr unterschiedlich ist. Ob man jedoch von "verarmten" Beziehungen reden kann, ist aufgrund der erhobenen Daten nicht zu entscheiden, eine Tendenz in Richtung Einschränkung ist aber in jedem Falle feststellbar.

Weiterhin wurde in Zusammenhang mit der Abwehr auch eine "innere Verödung", die sich u.a. in einer Verminderung von Zukunftsplänen niederschlägt, angenommen (u.a. GAUS und KÖHLE, 1979 b; SPEIDEL, KOCH et al., o.J.). Tatsächlich haben die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" die zweitwenigsten Pläne für die Zukunft, was diese Annahme tendenziell bestätigt. Die wenigsten Pläne haben aber die "passiven, grüblerischen Patienten", was dieser Annahme widerspricht. Die Patienten des Cluster 4 haben jedoch die zweitmeisten positiven Erwartungen bezüglich der Zukunft,

die des Cluster 2 die meisten negativen. Auch hier scheint wieder neben der Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung die Art der gesehenen Aspekte eine Rolle zu spielen. Dafür spricht auch, daß die relativ offenen, aber positiv gestimmten "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" die meisten Pläne haben.

Die hier überprüfte Annahme ist also, insbesondere was den Rückschluß auf eine "innere Verödung" betrifft, nicht eindeutig zu beantworten. Jedoch kann vielleicht folgendes angenommen werden: Während die positiven Erwartungen der Patienten mit "positiv" verleugnender Strategie mit einem Verzicht auf konkrete Pläne erkaufte werden, scheinen bei den "grüblerischen" Patienten umgekehrt die negativen Erwartungen zu verhindern, Pläne für die Zukunft zu fassen. "Positive Verleugnung" kann also genauso wie ein Überbetonen negativer Aspekte Plänen verhindern, jedoch ist dies bei den verleugnenden Patienten eher eine selbstauferlegte Beschränkung. Vielleicht läßt dies auf eine gewisse innere Verödung rückschließen.

Vor der Diskussion des Einflusses der soziodemographischen Variablen auf die vier identifizierten Cluster, soll noch der Zusammenhang zwischen den vier Auseinandersetzungsstrategien und dem Ausmaß an erlebter Belastung durch die Krankheit sowie die Intensität eines erlebten Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konfliktes diskutiert werden. Eine geringere Ausprägung dieser Konflikte soll ja wiederum zu einer besseren Anpassung führen.

Die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" sehen die wenigsten Veränderungen aufgrund ihrer Erkrankung. Es folgen die Patienten des Cluster 1, dann die des Cluster 3. Die meisten Veränderungen erleben die "passiven, Grüblerischen Patienten". Diese sehen dann auch die meisten negativen und die wenigsten positiven Veränderungen. Bei den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" ist es genau umgekehrt. Die

Patienten des Cluster 1 liegen hinsichtlich dieser Aspekte auf zweiter, die des Cluster 3 auf dritter Position. Entsprechend verhalten sich die Patientengruppen auch hinsichtlich des erlebten Ausmaßes der Belastung durch die Krankheit und der dadurch bedingten Ungewißheit.

"Positive" Abwehr bewirkt also eine Minderung des Krisenerlebnisses, während eine negativ getönte intrapsychische Auseinandersetzung das Erleben der Krise intensiviert. Dagegen führt eine negative kognitive Verdeutlichung bei intrapsychischer Passivität zu einem intensiveren Krisenerleben als eine aktive intrapsychische Auseinandersetzung, die positive Aspekte betont. Neben der Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung spielt also auch hier wieder die Art der gesehenen Aspekte eine Rolle.

Ein zweiter großer Bereich, der in der Dialyse-Literatur immer wieder angesprochen wird, ist der Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt.

Eine Einschränkung durch die Krankheit erleben am intensivsten die "passiven, grüblerischen Patienten", gefolgt von den "unkooperativen, burschikosen Verleugnern". Das beste Ergebnis haben jedoch hier die "reflektierten" Patienten, und nicht die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner". Diese haben aber im Freizeit-, Beruf- und Kontaktbereich das ausgeprägteste Kompetenzgefühl. Bezüglich des selbstzugeschriebenen Einflusses auf die Krankheit liegen sie an zweiter Stelle, die "reflektierten" Patienten an erster. Die "passiven, grüblerischen Patienten" nehmen hinsichtlich des Kompetenzgefühles in allen Bereichen immer den dritten oder vierten Platz ein. Die "reflektierten" Patienten haben mit Ausnahme des Kontakt- und Krankheitsbereichs etwas schlechtere Ergebnisse als die "unkooperativen, burschikosen Verleugner".

Hinsichtlich der Handlungskompetenz scheint die Intensität der Auseinandersetzung eine größere Rolle zu spielen als die Art der vorwiegend gesehenen Aspekte.

Vielleicht können die Ergebnisse auch noch etwas differenzierter betrachtet werden. Die "reflektierten" Patienten schreiben sich dort keine Kompetenz zu, wo ihre durch die Krankheit bedingten körperlichen Einschränkungen ihre Handlungsfähigkeit tatsächlich begrenzen, nämlich im Freizeit- und Berufsbereich, während sie sich im Kontakt- und Krankheitsbereich für kompetent halten. Vielleicht kommt hier ihre realistischere Einschätzung zum Tragen.

Betrachtet man zum Abschluß den Einfluß der soziodemographischen Variablen, so fällt folgendes auf: Die Patienten des Cluster 1, die als "handlungsorientiert und reflektiert" bezeichnet wurden, sind am jüngsten und ihre Schulbildung ist am besten. Man kann wohl davon ausgehen, daß zwischen diesen Eigenschaften Zusammenhänge bestehen, insofern, als die Ausbildung der jüngeren Generation heute im Durchschnitt besser ist. Diese bessere Ausbildung ist zumindest im Ansatz eine Erklärung, warum diese Patienten reflektierter sind als die anderen Gruppen.

Zu ihrem spezifischen Auseinandersetzungsstil paßt es auch, daß sie am häufigsten von allen Patientengruppen erwerbstätig sind. Hier zeigt sich ihre Tendenz, aktiv zu sein; auch das geringe Durchschnittsalter könnte dieses größere Ausmaß an Erwerbstätigkeit mitbeeinflussen.

Die Patienten des Cluster 3, die "unkooperativen, bur-schikosen und verleugnenden Patienten", ähneln bezüglich des Alters denen des Cluster 1 am meisten, auch betreffend der Schulbildung. Allerdings sind die Unterschiede, vor allem hinsichtlich des Alters doch noch relativ groß. In jedem Fall hat bei diesen Patienten die höhere schulische Qualifikation nicht zu einer "reflektierten" Haltung geführt, Vielleicht könnte man daraus den Schluß ziehen, daß nicht nur die Höhe der Qualifikation, sondern stärker die Einstellung der "jungen Generation" (damit also das Alter) einen Beitrag zu einer "kritischen Reflektiertheit" sich selbst und die Umwelt betreffend, leistet. Daß die Patienten,

ebenfalls im Gegensatz zu Cluster 1, bezüglich des Ausmaßes an Erwerbstätigkeit den dritten Platz einnehmen, paßt zu ihrem Coping-Stil. Sie wurden diesbezüglich als eher passiv-abwartend und hier Cluster 2 ähnelnd beschrieben. Diese Haltung zeigt sich also auch hier, wobei allerdings auch der größere Prozentsatz an 46 - 60jährigen Patienten eine Rolle spielen könnte.

In Cluster 2, in diesem befinden sich die "passiven, grüblerischen Patienten", sind die weiblichen Patienten gegenüber allen anderen Gruppen überrepräsentiert. Dementsprechend stimmen auch einige der speziellen Kennzeichen ihres Auseinandersetzungsstiles mit denen überein, wie sie für die weiblichen Patienten als Besonderheiten herausgearbeitet wurden. Sie sind passiv und setzen sich intensiver, vor allem auch emotional getönt, mit ihrer Krankheit auseinander. Sie glauben am meisten, daß sie ihrer Familie etwas geben können und daß sie von diesen Hilfe erhalten, während es bezüglich des Partners umgekehrt ist. Die Patienten des Cluster 2 sind mit großem Abstand im geringsten Umfang erwerbstätig, was sich zum einen mit der Besonderheit ihres Auseinandersetzungsstils deckt, zum anderen aber auch damit zusammenhängen könnte, daß die Frauen sehr viel häufiger, bereits vor ihrer Erkrankung ihren Beruf zugunsten der Hausfrauentätigkeit aufgaben. Hier könnte also wieder eine Interaktion zwischen sozialisationsspezifischen Besonderheiten, sich daraus entwickelnden Arten der Auseinandersetzung und daraus resultierenden sozialen Situationen vorliegen, wobei eines das andere verstärkt. Zuletzt könnte die große Passivität der Patienten des Cluster 2 auch dadurch bedingt sein, daß sie im Schnitt am ältesten sind, daher häufiger berentet sind und sich auch aufgrund der vorherrschenden "Altersideologie" eher selbst als passiv definieren.

Die Patienten des Cluster 4, die als "handlungsorientierte, zufriedene Verleugner" bezeichnet wurden, ähneln, was Alter, Familienstand und Schulabschluß be-

trifft, am meisten dem vorn beschriebenen Cluster 2. Ihr Auseinandersetzungsstil ist jedoch genau entgegengesetzt. Das spricht dafür, daß das Geschlecht einen wesentlichen Einflußfaktor für die unterschiedlichen Coping-Stile darstellt. Obgleich die Patienten im Durchschnitt relativ alt sind, sind sie doch am zweithäufigsten erwerbstätig, was mit ihrem "handlungsorientierten" Auseinandersetzungsstil übereinstimmt. Es befinden sich in diesem Cluster aber auch weniger Patienten aus der Altersgruppe der 46 - 60jährigen.

Die Zeitdauer, seit der man Dialysepatient ist, zeigte keine signifikanten Unterschiede, jedoch stellt sich die Frage, ob man nicht dennoch die tendenziellen Unterschiede zwischen den Clustern mit ihren spezifischen Arten der Auseinandersetzung in Verbindung bringen kann. So sind die "unkooperativen" Patienten des Cluster 3 wider Erwarten häufig erst seit weniger als 2 Jahren an der Dialyse und es könnte sein, daß sie sich noch in einer Anfangsphase der Auseinandersetzung befinden, in denen ihnen eine Kooperation sehr schwer fällt, weil ihnen die neue Situation zu beängstigend ist und sie noch kein Vertrauen zu Ärzten und Pflegepersonal entwickeln konnten. Ihre spezielle Situation könnte auch dazu führen, daß sie zwar versuchen, Konflikte und Spannungen zu verleugnen, dies aber aufgrund der überwältigenden und beängstigenden neuen Situation nicht gelingt, so daß sie einen burschikosen und gereizten Eindruck machen.

Dagegen ist es den Patienten des Cluster 4, die mit Abstand am häufigsten seit 5 - 10 Jahren dialysieren, in der relativ langen Zeit, seit der sie Patienten sind, gelungen, ihre verleugnende Haltung zu stabilisieren; vielleicht trägt die lange Zeit der "gelungenen" Dialyse auch dazu bei, Ängste abzubauen und Hoffnungen zu etablieren.

Die "offene" Auseinandersetzung der Patienten des Cluster 1 und 2 können dagegen eventuell dadurch bedingt sein, daß diese sich in einer "Übergangsphase" be-

finden, in der sich die Patienten verstärkt mit ihrer Krankheit beschäftigen und sich um die Gewinnung eines Standpunktes bemühen.

Insgesamt können die Ergebnisse die Annahmen eines "phasenhaften Verlaufs", wie er unter anderem von REICHSMAN und LEVY (1972) konstatiert wurde, zumindest in der Tendenz, unterstützen. Entgegen der Erwartungen von GAUS und KÖHLE (1979 b) kann man, in Übereinstimmung mit einem Großteil der Autoren (z.B. GLASSMANN und SIEGEL, 1970; HOLCOMB und MACDONALD, 1973) eine Zunahme der Verleugnung über die Zeit feststellen.

Dieser phasenhafte Verlauf spricht dafür, daß die Art der Erkrankung und ihr Verlauf einen Einfluß auf die Entwicklung der Auseinandersetzungsstrategie hat. Auf der anderen Seite belegen die vorn zitierten Ergebnisse, daß zumindest in einem gewissen Umfang die sozialisationsbedingten Strategien der Konfliktbewältigung, die sicher bereits vor Ausbruch der Krankheit bestanden, in den krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien ihre Fortsetzung finden.

Weiterhin wurde ein (allerdings nicht signifikanter) Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit und Häufigkeit von Transplantationsversuchen und Art der durchgeführten Dialyse gefunden.

Die größere Offenheit und auch Kooperationsbereitschaft, wie sie sich als Spezifikum der Cluster 1 und 2 zeigte, könnte dazu führen, daß diese Patienten sehr viel häufiger als die der anderen Cluster in Transplantationsversuche einwilligten. Die kurze Dauer der Dialyse könnte bei den Patienten des Cluster 3, neben ihrer geringen Kooperationsbereitschaft dazu beitragen, daß keiner von ihnen bisher einen Transplantationsversuch unternommen hat. Dagegen ist zunächst erstaunlich, daß auch nur ein geringer Prozentsatz des Cluster 4 einen solchen hinter sich hat, da diese Patienten ja am längsten an der Dialyse sind. Als diese Patienten mit der Dialyse begonnen haben, war die Transplantationstechnik jedoch noch nicht bzw. noch nicht sehr weit entwickelt.

Heute scheint ihre Tendenz zu verleugnen und sich mit Konflikten nicht auseinanderzusetzen die Erwägung eines Transplantationsversuches zu verhindern.

Die Patienten des Cluster 1 und die des Cluster 2 führen am häufigsten Limited-Care-Dialyse durch. Dies könnte zum einen durch ihre spezielle familiäre Situation bedingt sein. Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" leben ja überwiegend mit ihren Eltern und nicht mit einem Partner zusammen, so daß eine Heimdialyse eventuell aufgrund mangelnder Unterstützung für sie nicht möglich ist. Gleiches wurde bei weiblichen Patienten erwartet, deren männliche Partner ja meist berufstätig sind. Bei den "passiven, grüblerischen Patienten" sind, wie angegeben, weibliche Patienten überrepräsentiert, so daß dieses Argument auf sie zutreffen könnte.

Umgekehrt könnte es jedoch auch sein, daß die größere Belastung durch die Limited-Care-Dialyse eine abwehrende Strategie zunichte macht und zur Auseinandersetzung zwingt. Welche der beiden Annahmen wahrscheinlicher ist kann hier nicht entschieden werden.

2.3. Zusammenhänge zwischen den Coping-Clustern
und den Skalen Internale-Externale Kon-
trolle und Repression-Sensitization

2.3.1. Fragestellung und Methodik

Die Ergebnisse der Patienten in den Skalen "Internale-Externale Kontrolle" und "Repression-Sensitization" sollen zur Beschreibung der Coping-Strategien mit herangezogen werden, wie das für die Gesamtstichprobe bereits geschehen ist. Hier soll in einem weiteren Schritt geklärt werden, ob sich die Patienten der verschiedenen Cluster auch in ihrem Verhalten in diesen Skalen unterscheiden lassen.

Im folgenden soll der Zusammenhang zwischen den Clustern und den Skalen auf zweierlei Arten geprüft werden:

1. Es wurde nicht von den Rohwerten der einzelnen Patienten ausgegangen, sondern diese wurden aufgrund der für die beiden Skalen festgelegten Kriteriumswerte jeweils einer von drei Gruppen zugeordnet. (≤ 7 = Internale Kontrolle; ≥ 14 ist Externale Kontrolle, dazwischen Mittelbereich; ≤ 25 = Represser, ≥ 49 = Sensitizer, dazwischen Mittelbereich) Es wird dann eine Kreuztabelle dieser Gruppen bezüglich der vier Cluster erstellt und die erhaltene Verteilung mit der erwarteten Verteilung mit der Chi-Quadrat-Methode verglichen.
2. Es wurden mit der Varianzanalyse die Mittelwertunterschiede der vier Cluster auf ihre Signifikanz geprüft und dann noch die Unterschiede zwischen je zwei Clustern mit dem T-Test untersucht.

2.3.2. Ergebnisse

2.3.2.1. Internale-Externale Kontrolle

Bei der Auswertung der Kreuztabelle (Tab. 30) ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Clustern ($p = 0.772$). Leicht überbesetzt ist bei Cluster 1 der Mittelbereich, bei Cluster 2 und 3 der Bereich

Tab. 30 : Internale - Externale Kontrolle

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %	≤ 7	8 - 13	≥ 14	Reihe total
Cluster 1.	4 25.0 23.5	8 50.0 30.8	4 25.0 23.5	16 26.7
Cluster 2.	2 20.0 11.8	4 40.0 15.4	4 40.0 23.5	10 16.7
Cluster 3.	4 25.0 23.5	6 37.5 23.1	6 37.5 35.3	16 26.7
Cluster 4.	7 38.9 41.2	8 44.4 30.8	3 16.7 17.6	18 30.0
Spalte total	17 28.3	26 43.3	17 28.3	60 100.0

Chi-Quadrat = 3.281

DF = 6

Signifikanz = 0.772

"Externale Kontrolle" und bei Cluster 4 der Bereich "Internale Kontrolle". Auch die Mittelwertsvergleiche mit der Varianzanalyse (Tab. 31) ergaben keine signifikanten Unterschiede ($p = 0.363$). Die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" haben, wie zu erwarten war, den niedrigsten Mittelwert, schreiben sich also im Vergleich noch am meisten internale Kontrolle zu.

Tab. 31 : Skala "Internale-Externale Kontrolle"

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	10.625	4.991
Cluster 2	12.000	4.422
Cluster 3	10.125	5.031
Cluster 4	8.888	3.546

b) Überprüfungen der Mittelwertsunterschiede der 4 Cluster mit der Varianzanalyse

Quelle	SAQ	DF	MAQ	F	Signif.
Zwischen d. Gruppen	66.322	3	22.407	1.063	0.363
Innerhalb d. Gruppen	1143.278	56	20.416		

Am meisten external kontrolliert fühlen sich die "passiven, grüblerischen Patienten". Die "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten" liegen nach den Patienten des Cluster 4 an zweiter Stelle, es folgen die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten". Jedoch liegen die Mittelwerte aller vier Cluster im Mittelbereich der Skala, keine der Patientengruppen fühlt sich also internal oder external kontrolliert.

2.3.2.2. Repression-Sensitization

Die Auswertung der Kreuztabelle mit dem Chi-Quadratverfahren (Tab. 32) zeigt einen hochsignifikanten Unterschied der Cluster bezüglich der Dimension "Repression-Sensitization" ($p = 0.003$). Hierbei haben Cluster 1 und 4 jeweils gegenüber der erwarteten Verteilung zu viele Personen im Bereich "Repression", bei Cluster 3 ist der Mittelbereich überrepräsentiert und bei Cluster 2 der Mittelbereich und der Bereich "Sensitization". Cluster 3 und 4 enthalten keine Patienten im Bereich "Sensitization", während es bei Cluster 2 30 %, bei Cluster 1 6.3 % sind.

Tab. 32 : Repression - Sensitization

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %		≤25	26 - 48	≥49	Reihe total
Cluster	1.	11 68.8 31.4	4 25.0 19.0	1 6.3 25.0	16 26.7
	2.	1 10.0 2.9	6 60.0 28.6	3 30.0 75.0	10 16.7
	3.	9 56.3 25.7	7 43.8 33.3	0 0.0 0.0	16 26.7
	4.	14 77.8 40.0	4 22.2 19.0	0 0.0 0.0	18 30.0
Spalte total		35 58.3	21 35.0	4 6.7	60 100.0

Chi-Quadrat = 19.350

DF = 6

Signifikanz = 0.003^{xx}

Die Mittelwertsvergleiche mit der Varianzanalyse (Tab. 33) ergaben ebenfalls einen hochsignifikanten Unterschied ($p = 0.000$). Die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" verhalten sich am ausgeprägtesten in Richtung "Repression", gefolgt von den "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten". Der Unterschied zwischen diesen Clustern ist zwar etwas größer, jedoch nicht signifikant. An dritter Stelle liegen die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten", die sich von denen des Cluster 3 nur gering, von denen des vierten Clusters aber schon nahezu signifikant unterscheiden ($p = 0.065$). Die Patienten der Cluster 4 und 3 liegen im Bereich "Repression", während die des ersten Clusters ganz knapp

Tab. 33 : Skala "Repression-Sensitization"

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	24.750	10.548
Cluster 2	42.800	12.182
Cluster 3	23.562	10.670
Cluster 4	17.611	11.152

b) Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der 4 Cluster mit der Varianzanalyse

Quelle	SAG	DF	MAQ	F	Signif.
Zwischen den Gruppen	4179.787	3	1494.262	11.427	0.000 ^{xxx}
Innerhalb der Gruppen	6826.815	56	121.907		

c) Ergebnis der Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem T-Test

Vergleich	Signif.
Cluster 1 versus Cluster 2	0.000 ^{xxx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0.762
Cluster 1 versus Cluster 4	0.065
Cluster 2 versus Cluster 3	0.000 ^{xxx}
Cluster 2 versus Cluster 4	0.000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.122

unter der Grenze zum Mittelbereich liegen. Die "passiven, grüblerischen Patienten" liegen mit ihrem Mittelwert in der Repressions-Sensitizations-Skala am höchsten, in großem Abstand zu allen anderen Patientengruppen. Die Mittelwertsvergleiche ergaben dann auch bezüglich aller anderen Cluster signifikante Unterschiede. Allerdings liegt der Mittelwert zwar relativ nahe an der oberen Grenze des Mittelbereichs, jedoch noch nicht im Bereich "Sensitization".

Cluster 1, 3 und 4 verhalten sich also bezüglich der Dimension "Repression-Sensitization" relativ ähnlich, lediglich Cluster 1 liegt, im Vergleich mit Cluster 4, tendenziell signifikant höher.

Sehr groß ist dagegen der Unterschied zu Cluster 2, daß sich von allen anderen signifikant unterscheidet, dem aber Cluster 1 noch am ähnlichsten ist.

2.3.3. Zusammenfassung und Diskussion

Bezüglich der Skala Internale-Externale-Kontrolle konnten weder aufgrund der Auswertung einer Kreuztabelle mit dem Chi-Quadrat-Verfahren, noch aufgrund des Mittelwertsvergleichs der vier Cluster mit der Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen den Clustern festgestellt werden. Den niedrigsten Mittelwert hatte wie erwartet Cluster 4, gefolgt von Cluster 3 und Cluster 1. Cluster 3 und 1 unterscheiden sich bezüglich ihres Mittelwertes nur geringfügig. Cluster 2 hat den höchsten Mittelwert, diese Patienten fühlen sich also am meisten "external kontrolliert". Die Mittelwerte aller Cluster liegen jedoch noch im Mittelbereich der Skala.

Es zeigt sich also hier die gleiche Tendenz wie vorn - auch die weiter ausdifferenzierten Patientengruppen unterscheiden sich in ihren Mittelwerten nur geringfügig von dem der Eichpopulation.

Bei der Gesamtstichprobe war dieser Mittelwert im mittleren Skalenbereich auf die bei den Patienten bestehende Abwehr zurückgeführt worden. Die vier identifizierten Cluster unterscheiden sich aber in ihren Auseinandersetzungsstrategien z.T. ganz erheblich voneinander, insbesondere auch was die Abwehr betrifft.

Im Interview-Leitfaden waren ja dann auch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Gefühls der Einschränkung und des Kompetenzgefühls im Freizeit- und Kontaktbereich festgestellt worden (nicht aber hinsichtlich des Kompetenzgefühls im Berufsbereich und hinsichtlich des selbst zugeschriebenen Einflusses auf den Verlauf der Krankheit).

Eventuell ist die in der Skala Internale-Externale Kontrolle gemessene Dimension also doch zu allgemein, als daß sie die für Patienten relevanten Bereiche differenzieren könnte.

In der Tendenz verhalten sich die Patientengruppen jedoch wie auch im Interview-Leitfaden festgestellt. Die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" schreiben sich die meiste internale Kontrolle zu, die "passiven, grüblerischen Patienten" die geringste und die beiden anderen Gruppen liegen zwischen den beiden, wobei sich die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" noch etwas mehr internale Kontrolle zuschreiben als die "reflektierten" Patienten.

Wenn man diese geringfügigen Unterschiede doch noch interpretieren will, so könnte man, wie bereits in Abschnitt IV 2.2.3.4. geschehen die realistischere Haltung der "reflektierten" Patienten als Erläuterung heranziehen. Deren positivere Bewertung läßt sie zwar hinsichtlich der Belastung durch die Krankheit eine gelassenere Haltung als die "unkooperativen, burschikosen" Patienten einnehmen. Diese positivere Bewertung und die dadurch bedingte Gelassenheit hat aber keinen so starken Einfluß auf die Einschätzung der Handlungskompetenz, da deren Beschränkung direkter erlebt und durch die Realität belegt wird. Nur eine eingeschränkte Auseinandersetzung mit diesem Tatbestand kann also zu einem intensiveren Kompetenzgefühl führen.

Insgesamt scheint die Skala Internale-Externale-Kontrolle nicht dazu geeignet, bei somatisch Kranken eingesetzt zu werden.

Sowohl die Auswertung der Kreuztabelle mit dem Chi-Quadrat-Verfahren, als auch die Prüfung der Mittelwertunterschiede zwischen den Clustern mit der Varianzanalyse ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Clustern in der Repression-Sensitizations-Skala. Die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" und die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" liegen auf Platz 1 und 2, gefolgt von den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten". Den höchsten Mittelwert haben die "passiven, grüblerischen Patienten". Cluster 4 und 3 liegen im Repressions-Bereich, Cluster 1 knapp an der Grenze zum Mittelbereich, Cluster 2 im oberen Drittel des Mittelbereichs. Die Unterschiede aller anderen Cluster zu Cluster 2 sind signifikant, der Unterschied zwischen Cluster 1 und 4 ist annähernd signifikant ($p = 0.065$).

Die Cluster verhalten sich hinsichtlich ihrer Reihenfolge in dieser Skala also, wie es aufgrund ihres mit dem Interview-Leitfaden erfaßten Ausmaßes an intrapsychischer Auseinandersetzung erwartet werden konnte. Dagegen ist erstaunlich, daß zwischen Cluster 1 und 3, sowie zwischen Cluster 4 und 3 keine signifikanten Unterschiede bestehen.

Das mag zum einen daran liegen, daß für die Clusterung der Patienten neben der intrapsychischen Auseinandersetzung zusätzliche Dimensionen herangezogen wurden.

Aber auch bezüglich dieser Dimension waren ja zwischen den Cluster 1 und 3 und 4 und 3 erhebliche Unterschiede gefunden worden. Die "reflektierten" Patienten wirkten sehr viel offener als die "unkooperativen, burschikosen Verleugner". Diese unterscheiden sich wiederum deutlich von den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" bezüglich der Art der vorwiegend gesehenen Aspekte. Ganz im Gegensatz zu diesen dominierten ja bei ihnen die negativen Bewertungen.

Gerade aus diesen Besonderheiten des Cluster 3 resultiert aber vielleicht, daß die Unterschiede zu den beiden anderen genannten Clustern in der Repression-Sensitizations-Skala nicht signifikant sind.

Die Spezifik des Cluster 3 besteht darin, daß die dort erfaßten Patienten zwar abwehren, diese Abwehr aber eine kognitive Verdeutlichung in negativer Richtung beinhaltet.

tet. Diese Sonderform des Abwehrprozesses wird durch die Repressions-Sensitizations-Skala nicht erfaßt, wie schon in Abschnitt III 1. "Erwartungen und Ziele" verdeutlicht wurde. (Ähnliches wurde dort auch für die hier nicht gefundene "passiv-apathische" Gruppe ausgeführt.)

In der Repression-Sensitizations-Skala wird die Intensität der intrapsychischen Verarbeitung erfaßt, wobei angenommen wird, daß intensive intrapsychische Auseinandersetzung mit einem Überwiegen negativer Aspekte und mangelnder Fähigkeit zur Ausbildung von Konzepten in Verbindung steht, während Verleugnen mit einem eher starren, einseitig positiven Konzept in Zusammenhang gesetzt wird.

Die Patienten des Cluster 3 setzen sich mit ihren Problemen aber zwar wenig auseinander und haben ein ausgebildetes Konzept, dieses ist aber negativ strukturiert.

Diese Besonderheit kann durch die bipolare Repression-Sensitizations-Skala jedoch nicht erfaßt werden. Die Patienten mit dieser Strategie werden ebenfalls, als (wenn auch weniger ausgeprägte) Verleugner klassifiziert. Hiermit könnte erklärt werden, warum sie sich von den Patienten in Cluster 4 und 1 nicht unterscheiden.

Darüberhinaus waren ja, wie bereits angesprochen, in die Clusterbildung weitere Dimensionen eingegangen. Die "spezifisch menschlichen" Dimensionen der "Offenheit gegenüber sich und anderen", sowie des "Selbstkonzeptes" hatten ja mit der Intensität der Auseinandersetzung und der Art der vorherrschend gesehenen Aspekte übereingestimmt. Für diese Dimensionen gelten also die gleichen Aussagen wie oben.

Die Handlungs-Dimension verdeutlicht dagegen weitere Unterschiede zwischen den gefundenen Clustern. Während die Patienten des Cluster 4 sehr aktiv-zugewandt sind, dominiert bei den Patienten des Cluster 3 eine passive oder vermeidende Handlungsstrategie. Bei Cluster 1 stehen dagegen alle Handlungsalternativen in einem ausgewogenen Verhältnis, während die Patienten des Cluster 2

extrem passiv sind. Auch diese Unterschiede, vor allem das sehr gegensätzliche Handeln der bezüglich der Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung sehr ähnlichen Cluster 3 und 4, können durch die Repression-Sensitizations-Skala nicht erfaßt werden, stellen also eine zusätzliche Information dar.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Clusterbildung Beachtung fand, ist die Realitätsangemessenheit der Konzepte.

Ein mittleres Ausmaß der intrapsychischen Auseinandersetzung, bzw. der Abwehr, soll ja laut JANIS (1958), mit einem realitätsgerechten Konzept in Verbindung stehen. Dies müßte auf die hier gefundenen Cluster bezogen zur Konsequenz haben, daß die Patienten des Cluster 1 die realistischsten Konzepte haben. Gemessen am Ausmaß der "Informiertheit" kann aber für die hier gefundenen Cluster festgehalten werden, daß sie alle realistische Vorstellungen über ihre Krankheit haben. Daher wurden die Strategien von Cluster 3 und 4 auch als (noch realitätsgerechte) "Vorstufen" der Abwehr bezeichnet.

Da die Cluster 3 und 4 auch in der Repression-Sensitizations-Skala keine sehr extremen Werte haben, kann man davon ausgehen, daß hier die aufgrund der zwei Instrumente getroffenen Aussagen übereinstimmen. Auch die Werte in der Repression-Sensitizations-Skala lassen ja darauf schließen, daß noch keine "unrealistischen Konzepte" vorliegen.

In der Literatur wird häufig diskutiert, ob ein mittleres Ausmaß an Verleugnung oder extreme Verleugnung zu einer besseren Anpassung führen (siehe dazu die Ausführungen in Abschnitt II 1.5.).

Widersprüchliche Ergebnisse könnten sich vielleicht aus der oben getroffenen Unterscheidung erklären lassen. Eventuell wird unter "Verleugnung" einmal eine Abwehrstrategie verstanden, die zu einer Ausblendung der Realität führt, einmal das, was hier als "Vorstufe" bezeichnet wurde, also eine gelassenere Bewertung bei einem realitätsgerecht ausgebildeten Konzept.

Unterschiedliche Ergebnisse in der Dialyse- und Streßliteratur könnten aber eventuell auch auf die angesprochene mangelnde Differenzierung zwischen "positiver" und "negativer" Abwehr zurückgeführt werden.

"Positive" Abwehr soll ja nach den Erwartungen in dieser Arbeit zu einer besseren Anpassung führen, als "negative" Abwehr, die Gruppe mit einem mittlerem Ausmaß an Abwehr sich jedoch zwischen diesen beiden Gruppen befinden. Je nachdem, ob Personen mit negativ oder positiv getönter Abwehr in einer Untersuchung die "Verleugner" konstituierten, könnte also eine Gruppe mit einem mittlerem Ausmaß an Verleugnung bessere oder schlechtere Anpassungsleistungen zeigen.

Im folgenden werden die Ergebnisse der vier Cluster hinsichtlich der verschiedenen "Erfolgskriterien" dargestellt werden. Auf eine separate Darstellung der Zusammenhänge zwischen diesen Kriterien und den beiden Skalen Internale-Externale-Kontrolle und Repression-Sensitization wird dabei verzichtet. Für diejenigen, die daran interessiert sind, befindet sich eine Korrelations-Tabelle im Anhang (Tab. 3).

3. Die Beziehung zwischen Auseinandersetzungsstrategien und verschiedenen Erfolgskriterien:

Zufriedenheit und Krankheitsbewältigung, Medikamentenverbrauch, Häufigkeit und Art der Beschwerden und Komplikationen

3.1. Fragestellung und Methodik

Allgemein formuliert soll im folgenden geklärt werden, ob bestimmte Arten des Umgangs mit der Krankheit zu einem besseren psychischen und somatischen Befinden führen. Es soll also geklärt werden, wie sich die Gesamtstichprobe und die 4 aus dieser herausgearbeiteten Cluster bezüglich einiger "Erfolgskriterien" verhalten. Im einzelnen handelt es sich hier wie unter III 3.1. ausführlich beschrieben, um eine Bewertung des Arztes und eine Selbstbeurteilung der Patienten hinsichtlich der Fähigkeit, die Krankheit zu bewältigen und hinsichtlich der Zufriedenheit. Weiterhin werden die Häufigkeit des Medikamentenverbrauchs und Häufigkeit und Art von (subjektiven) Beschwerden, sowie von (durch die Ärzte diagnostizierten) Komplikationen zur Bestimmung dessen, was einen "erfolgreichen" Patienten ausmacht, herangezogen.

Im weiteren wird folgendermaßen verfahren:

Es werden, jeweils getrennt für einen inhaltlichen Komplex, Mittelwerte, z.T. auch Häufigkeiten, für die Gesamtstichprobe beschrieben. Es folgt eine Darstellung des Einflusses der soziodemographischen Variablen (diese sind in IV 2. im einzelnen aufgezählt), der mit dem T-Test oder der Varianzanalyse geprüft wurde. Dabei wird immer nur die Höhe der Signifikanz für die Ergebnisse mitgeteilt, deren Wert von p niedriger als ungefähr 0.3 liegt. Soweit vorhanden werden dann die Ergebnisse der Dialysepopulation mit denen einer Eichstichprobe oder mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen verglichen. Diese Prüfung erfolgte ebenfalls mit dem T-Test.

Zum Teil wurden auch einige der Variablen, die den "Erfolg" messen, mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten untereinander in Beziehung gesetzt, oder mit dem T-Test auf ihre Unterschiedlichkeit geprüft.

Nach der Beschreibung des Verhaltens der Gesamtstichprobe erfolgt die Überprüfung der Beziehung zwischen den verschiedenen Auseinandersetzungsstrategien und den "Erfolgskriterien".

Hierzu wurden die Mittelwertsunterschiede der vier Cluster in den verschiedenen Variablen mit der Varianzanalyse geprüft. Für die Items der "Liste somatischer Kriterien" erfolgte die Prüfung durch Einsatz des Chi-Quadrat-Verfahrens. Weiterhin wurden die Unterschiede zwischen je zwei Clustern mit dem T-Test untersucht.

Für die Variablen, die nicht normal verteilt sind, bzw. keine homogenen Varianzen haben, wurden statt Varianzanalyse und T-Test parameterfreie Verfahren eingesetzt: Der Kruskal-Wallis-Test, bzw. der Mann-Whitney-U-Test.

3.2. Die vom Arzt und von den Patienten selbst eingeschätzte Zufriedenheit und Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit

Bei den von Arzt und Patienten vorgenommenen Ratings handelt es sich um "Erfolgskriterien", die im Gegensatz zu den Kriterien "Medikamentenverbrauch", "Beschwerden" und "somatischen Komplikationen" weniger somatisch-krankheitsorientiert sind, als eher das psychische Befinden der Patienten erfassen. Die vom Arzt und von den Patienten selbst vorgenommenen beiden Ratings sollen im folgenden getrennt voneinander dargestellt werden und in einem zweiten Schritt auf ihre Übereinstimmung geprüft werden. Im übrigen ist der Ablauf so, wie er in IV 3.1. beschrieben wurde. Zum Abschluß sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Skalen der Items von 1 - 5 reichen, 1 = Ja, 5 = Nein.

3.2.1. Arzt-Rating

Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt

Tab. 34 zeigt folgende Ergebnisse: Die Patienten werden bezüglich ihrer Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und ihrer Fähigkeiten zur Bewältigung der Krankheit recht positiv eingeschätzt. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt bei beiden Ratings sehr nahe bei "Eher ja" mit ganz leichter Tendenz zu "Mittel". Prozentual ausgedrückt heißt das: 72 % der Patienten werden vom Arzt als "Zufrieden/ausgeglichen" bzw. "Eher zufrieden/ausgeglichen" beurteilt und von 64 % glaubt der Arzt, daß sie ihre Krankheit und die dadurch bedingten Probleme "Gut" oder "Eher gut" bewältigen. Die anderen Patienten liegen überwiegend im Mittelbereich, negative Extreme sind selten ("Eher Nein" und "Nein" zusammen erhielten 15 % bzw. 8 %).

Der Arzt hält die Frauen bezüglich beider Variablen für weniger erfolgreich als die männlichen Patienten, jedoch ist der Unterschied nur für die Variable "Zufriedenheit/Ausgeglichenheit" annähernd signifikant ($p = 0.083$).

Tab. 34 : Einschätzung der Patienten durch den Arzt

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Der Patient wirkt zufrieden und ausgeglichen	2.133	1.157	1.977	1.067	2.562	1.315	58	1.760	0.083'
Der Patient bewältigt die durch seine Krankheit bedingten Probleme gut	2.083	0.996	2.023	0.976	2.250	1.065	58	0.780	0.439

Die Beurteilung des Arztes hinsichtlich der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung stimmt für die Gesamtstichprobe und die männlichen Patienten ziemlich genau überein (Tab. 35).

Tab. 35 : Einschätzung der Patienten durch den Arzt

Prüfung der Unterschiede zwischen den beiden Ratings mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

	Arzt:Zufriedenheit		Versus		Arzt:Bewältigung		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	S			$\bar{x}$	S			
Insgesamt	2.133	1.157			2.083	0.996	1172.1	0.807	0.420
Männer	1.977	1.067			2.023	0.976	878.0	0.730	0.466
Frauen	2.562	1.315			2.250	1.065	304.7	2.327	0.021 ^x

Nur bei der weiblichen Stichprobe besteht hier in der Beurteilung ein signifikanter Unterschied ($p = 0.021$). Sie haben in der Variable "Fähigkeit zur Bewältigung" ein besseres Ergebnis als in der Variable "Zufriedenheit/Ausgeglichenheit". Bei im Vergleich mit den Männern etwa gleich eingeschätzter Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit meint der Arzt also, daß die Patientinnen unzufriedener sind.

3.2.2. Selbst-Rating

Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt

Die Patienten schätzen sich insgesamt bezüglich Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung sehr positiv ein (Tab. 36). Beide Mittelwerte liegen zwischen "Ja" und "Eher Ja". Prozentual ausgedrückt: 76 % bzw. 88 % der Patienten antworteten mit "Ja" oder "Eher ja" und nur 12 % bzw. 2 % mit "Eher Nein" und "Nein".

In der Selbsteinschätzung bestehen zwischen männlichen und weiblichen Patienten nur geringfügige Unterschiede.

Zwischen der Beurteilung der eigenen Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und der der eigenen Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung bestehen sowohl bei der Gesamtstichprobe, wie bei den geschlechtsgetrennten Stichproben, signifikante Unterschiede ($p = 0.000$ bzw. 0.003). Die Patienten schätzen sich also bezüglich ihrer Fähigkeit, mit der Krankheit umzugehen, positiver ein, als

hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrem Leben (Tab. 37).

Tab. 36 : Selbsteinschätzung der Patienten

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
Ich bin mit meinem Leben zufrieden und fühle mich ausgeglichen	1.850	1.176	1.864	1.112	1.812	1.377	58	0.150	0.883
Ich finde, ich bewältige die durch meine Krankheit bedingten Probleme gut	1.400	0.741	1.368	0.722	1.437	0.814	58	0.230	0.815

Tab. 37 : Selbsteinschätzung der Patienten

Prüfung der Unterschiede zwischen den beiden Ratings mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

	Selbst:Zufriedenheit		Versus	Selbst:Bewältigung		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s			
Insgesamt	1.850	1.176		1.400	0.741	1012.1	7.962	0.000 ^{xxx}
Männer	1.864	1.112		1.368	0.722	752.9	7.927	0.000 ^{xxx}
Frauen	1.812	1.377		1.437	0.814	258.1	3.020	0.003 ^{xxx}

3.2.3. Vergleich der Beurteilung durch den Arzt mit der Selbsteinschätzung

Tab. 38 und 39 zeigen, daß sich die Patienten selbst, sowohl hinsichtlich der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit, wie auch hinsichtlich der Fähigkeit, ihre Krankheit und die dadurch bedingten Probleme zu bewältigen, signifikant positiver einschätzen als der Arzt ($p = 0.0000$). Dies gilt auch für die geschlechtsgetrennten

Tab. 38 : Zufriedenheit: Einschätzung durch den Arzt und Selbsteinschätzung

Prüfung der Unterschiede zwischen den beiden Ratings mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

	Arzt-Rating		Versus	Selbst-Rating		DF	T	Signifikanz
	x	s		x	s			
Insgesamt	2.133	1.157		1.850	1.176	1198	4.181	0.000 ^{xxx}
Männer	1.977	1.067		1.864	1.112	878	1.503	0.133
Frauen	2.562	1.315		1.812	1.377	318	5.005	0.000 ^{xxx}

Tab. 39 : Bewältigung der Krankheit: Einschätzung durch den Arzt und Selbsteinschätzung

Prüfung der Unterschiede zwischen den beiden Ratings mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

	Arzt-Rating		Versus	Selbst-Rating		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s			
Insgesamt	2.083	0.996		1.400	0.741	1109.1	13.476	0.000 ^{xxx}
Männer	2.023	0.976		1.368	0.722	810.1	11.460	0.000 ^{xxx}
Frauen	2.250	1.065		1.437	0.814	297.5	7.775	0.000 ^{xxx}

Stichproben; lediglich die Selbstbeschreibung der männlichen Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit ist nicht signifikant positiver als die durch den Arzt vorgenommene ($p = 0.133$).

3.2.4.

Arzt-Rating und Selbst-Rating

Der Einfluß soziodemographischer Variablen

Hinsichtlich des Ratings durch den Arzt zeigte keine der geprüften soziodemographischen Variablen einen signifikanten Einfluß. Tendenziell hält der Arzt die verheirateten Patienten für zufriedener als die ledigen ($p = 0.206$), die berufstätigen für zufriedener als die nicht-Erwerbstätigen ($p = 0.205$). Je qualifizierter der ehemalige Beruf der Rentner war, um so unzufriedener wirken die Patienten auf den Arzt ($p = 0.159$). Je länger die Zeitdauer ist, seit der die Dialysepatienten dialysieren, um so weniger zufrieden und ausgeglichen werden sie vom Arzt eingeschätzt ($p = 0.321$).

Bezüglich der vom Arzt eingeschätzten Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit zeigten die soziodemographischen Variablen noch geringere Einflüsse. Kein p liegt hier niedriger als 0.5 .

Weil diese Frage von besonderem Interesse ist, sei hier noch angemerkt, daß die Heimdialysepatienten vom Arzt in beiden Ratings positiver eingeschätzt werden, jedoch liegt p in beiden Fällen höher als 0.5 .

Die Prüfung des Einflusses soziodemographischer Variablen ergab bei der selbsteingeschätzten Zufriedenheit ein signifikantes Ergebnis. Heimdialysepatienten halten sich selbst für ausgeglichener und zufriedener mit ihrem Leben als Limited-Care-Patienten ($\bar{x} = 1.652$ bzw. 2.500; $p = 0.017$). Tendenziell schätzen sich die Berufstätigen als zufriedener ein, als die Nicht-Erwerbstätigen ($p = 0.197$).

Die Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung steht mit zwei soziodemographischen Variablen in (zumindest annähernd) signifikantem Zusammenhang. Zum einen schätzen sich auch hier die Heimdialysepatienten positiver ein ($p = 0.025$) zum anderen halten sich die verheirateten Patienten für besser in der Lage, ihre Krankheit zu bewältigen, als die ledigen ($p = 0.081$). Je höher qualifiziert der ehemalige Beruf war, um so weniger glauben die Patienten, ihre Krankheit bewältigen zu können ($p = 0.178$).

3.2.5. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der vom Arzt und den Patienten selbst eingeschätzten Zufriedenheit und Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung

Arzt-Rating: Zufriedenheit

Die vier Patientengruppen unterschieden sich bei Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test (Tab. 40 a + b) signifikant voneinander ($p = 0.000$). Gruppe 4, deren Patienten als "handlungsorientierte, verschlossene Verleugner" bezeichnet wurden, wird vom Arzt als am ausgeglichsten/zufriedensten beurteilt. Es folgt Gruppe 1, die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" und dann Gruppe 3, die "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten". Diese drei Patientengruppen liegen alle recht dicht beieinander, die Mittelwerte liegen zwischen "Ja" und "Eher ja". In großem Abstand zu diesen befindet sich Cluster 2, die "passiven, grüblerischen Patienten". Diese hält der Arzt nur in einem mittleren Ausmaß, mit Tendenz zu "Eher Nein" für

zufrieden und ausgeglichen. Dementsprechend bestehen auch nur zwischen Cluster 2 und jeweils allen anderen Patientengruppen signifikante Unterschiede, während die anderen sich, wenn man jeweils zwei von ihnen miteinander vergleicht, nicht signifikant voneinander unterscheiden (Tab. 40 c).

Tab. 40 : Von Arzt eingeschätzte Zufriedenheit der Patienten

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	1.937	0.997
Cluster 2	3.300	1.337
Cluster 3	2.062	1.181
Cluster 4	1.611	0.849

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	23.72	45.85	30.75	23.33
Chi-Quadrat: 11.094	Signifikanz: 0.007 ^{xxx}			

c) Ergebnis der Überprüfung der Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem Mann-Whitney-U-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.008 ^{xxx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0.722
Cluster 1 versus Cluster 4	0.283
Cluster 2 versus Cluster 3	0.034 ^x
Cluster 2 versus Cluster 4	0.000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.212

Arzt-Rating: Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit

Auch hier unterscheiden sich die Patientengruppen signifikant voneinander (Tab. 41 a + b). Die Rangfolge der Beurteilung der vier Patientengruppen stimmt mit der bezüglich der Zufriedenheit getroffenen überein. Da der Arzt aber außer Gruppe 3 ("Unkooperative, verschlossene Verleugner") alle anderen in dieser Variable positiver einschätzte als bezüglich der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit, sind nur die Unterschiede zwischen Cluster 4 und Cluster 2 und die zwischen Cluster

1 und Cluster 2, nicht aber die zwischen Cluster 3 und Cluster 2 signifikant (Tab. 41 c). Im Gegenteil, die "unkooperativen, burschikosen, verleugnenden Patienten" liegen hier schon in recht deutlichem Abstand zu den Patienten des Cluster 4 ($p = 0.117$).

Tab. 41 : Vom Arzt eingeschätzte Fähigkeit, die krankheitsbedingten Probleme zu bewältigen

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	1.825	0.806
Cluster 2	2.900	0.567
Cluster 3	2.187	1.276
Cluster 4	1.555	0.855

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	28.38	45.35	32.63	22.25
Chi-Quadrat:	12.845 Signifikanz: 0.005 ^{xxx}			

c) Ergebnis der Überprüfung der Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem Mann-Whitney-U-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.003 ^{xx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0.479
Cluster 1 versus Cluster 4	0.175
Cluster 2 versus Cluster 3	0.142
Cluster 2 versus Cluster 4	0.000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.117

Selbst-Einschätzung: Zufriedenheit

Die Cluster unterscheiden sich auch hier signifikant voneinander ($p = 0.009$; Tab. 42 b). Die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" schätzen sich auch selbst am positivsten ein. Ihnen folgt auch hier Cluster 1, dann Cluster 3 (Tab. 42 a). Die Mittelwerte dieser Cluster liegen alle zwischen "Ja" und "Eher ja" und relativ dicht beieinander. Die Unterschiede zwischen ihnen sind dann auch nicht signifikant (Tab. 42 c). Alle drei Cluster unterscheiden sich

auch in der selbst eingeschätzten Zufriedenheit jeweils signifikant von den "passiven, grüblerischen Patienten"; der Mittelwert dieses Clusters liegt bei "Mittel".

Tab. 42 : Selbsteinschätzung der Zufriedenheit durch die Patienten

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	1.462	0.727
Cluster 2	3.000	1.414
Cluster 3	1.812	1.223
Cluster 4	1.444	1.041

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	29.69	44.60	30.78	24.11
Chi-Quadrat:	10.907	Signifikanz: 0.012 ^x		

c) Ergebnis der Überprüfung der Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem Mann-Whitney-U-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.009 ^{xx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0.667
Cluster 1 versus Cluster 4	0.259
Cluster 2 versus Cluster 3	0.038 ^x
Cluster 2 versus Cluster 4	0.002 ^{xx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.204

Selbst-Einschätzung: Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit

Tab. 43 a, b + c zeigt die folgenden Ergebnisse: Auch hier sind die Unterschiede zwischen den 4 Patientengruppen signifikant ($p = 0.021$). Die Reihenfolge bezüglich der selbsteingeschätzten Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit entspricht weitgehend der hinsichtlich der Zufriedenheit, nur daß Cluster 3 an zweiter Stelle liegt, Cluster 1 an dritter. Auch hier liegen die Cluster 1, 3 und 4 relativ dicht beieinander

und unterscheiden sich jeweils signifikant von Cluster 2.

Tab. 43 : Selbsteinschätzung der Fähigkeit krankheitsbedingte Probleme zu bewältigen durch die Patienten

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	1.312	0.602
Cluster 2	2.200	1.135
Cluster 3	1.187	0.655
Cluster 4	1.166	0.383

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	29.97	42.70	26.97	27.35
Chi-Quadrat:	9.783	Signifikanz: 0.021 ^x		

c) Ergebnis der Überprüfung der Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem Mann-Whitney-U-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.031 ^x
Cluster 1 versus Cluster 3	0.502
Cluster 1 versus Cluster 4	0.507
Cluster 2 versus Cluster 3	0.015 ^x
Cluster 2 versus Cluster 4	0.007 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.883

3.2.6. Zusammenfassung und Diskussion

Die Gesamtstichprobe wird hinsichtlich ihrer Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und ihrer Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung vom Arzt recht positiv eingeschätzt, die Mittelwerte beider Ratings liegen nahe bei "Eher ja". Die männlichen Patienten werden in beiden Ratings positiver bewertet als die weiblichen, jedoch ist nur der Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit signifikant. Die männlichen Patienten werden in den beiden Ratings vom Arzt ungefähr gleich beurteilt. Den Frauen wird vom Arzt jedoch ein signifikant größeres Ausmaß an Fähigkeit zur Bewältigung ihrer Krankheit als Zufriedenheit/Ausgeglichenheit zugemessen.

Die Patienten schätzen sich in beiden Ratings sehr positiv ein und zwar signifikant positiver als der Arzt. Die Mittelwerte liegen beide zwischen "Ja" und "Eher

ja", wobei sich die Patienten selbst signifikant mehr Fähigkeiten zur Bewältigung der Krankheit zuschreiben als Zufriedenheit/Ausgeglichenheit. Zwischen Männern und Frauen bestehen nur minimale Unterschiede.

Zwischen soziodemographischen Variablen und dem Arzt-Rating bestehen keine signifikanten Zusammenhänge. Im Selbst-Rating schätzen sich Heimdialysepatienten sowohl hinsichtlich der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung wie hinsichtlich der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit signifikant positiver ein als die Limited-Care-Patienten. Verheiratete meinen, ihre Krankheit besser bewältigen zu können als Ledige.

Es ist erstaunlich zu erfahren, daß sich die Patienten in ihrer doch außergewöhnlich belastenden Situation fast uneingeschränkt "zufrieden und ausgeglichen" fühlen. Dies entspricht jedoch auch der von WRIGHT et al. (1966) festgestellten Tendenz, daß sich die Patienten für genauso glücklich wie die Normal-Bevölkerung halten. Es ist wahrscheinlich, daß der Coping-Stil der Patienten ihre Antwort beeinflußt. Es ist zu vermuten, daß die Patienten, ihrer eher verleugnenden Strategie gemäß, Konflikte eher ausklammern und somit zu einer günstigeren Beurteilung kommen, als sie ein Außenstehender vornehmen würde, was ja durch die signifikant negativeren Arzt-Beurteilungen bestätigt wird. Dennoch ist die Einschätzung des Arztes noch sehr positiv.

KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1974 c) halten die in ihrer Untersuchung von Ärzten festgestellte Rate von 50 % Patienten in "guter emotionalen Befindlichkeit" schon für sehr hoch und führen diese auf Verleugnungsprozesse bei den Ärzten selbst zurück. Daß der ratende Arzt die weiblichen Patienten als signifikant weniger zufrieden und ausgeglichen als die männlichen Patienten einschätzt, spricht dafür, daß die für die Frauen als Besonderheiten herausgearbeiteten Stil-Eigenheiten auf diese Beurteilung einen Einfluß haben. Sie wurden als passiver und grüblerischer gekennzeichnet.

Dies zeigt, daß die eher "verleugnende Strategie" auch beim Arzt wiederum den Eindruck größerer Zufriedenheit hervorruft und "aktiveren" Patienten auch eine größere Fähigkeit zur Bewältigung zugeschrieben wird. Erstaun-

lich ist, daß sich der Stil der Patientinnen nicht auf ihre Selbst-Einschätzung auswirkt.

Daß der Unterschied im Arzt-Urteil hinsichtlich der Fähigkeit zur Bewältigung zwischen männlichen und weiblichen Patienten nicht signifikant ist, resultiert eventuell daraus, daß die Patientinnen, trotz, bzw. aufgrund ihrer Unsicherheit/Ängstlichkeit sehr kooperativ sind. Dies könnte möglicherweise den durch "Passivität" und "Grübeln" bedingten Eindruck einer geringeren Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung zumindest teilweise wieder aufheben.

Die Tatsache, daß die eigene Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit immer jeweils besser eingeschätzt wird als die "Zufriedenheit/Ausgeglichenheit", hängt wohl damit zusammen, daß sich die Patienten wohl zutrauen, die täglich auftretenden Probleme, vor allem was die Therapie betrifft, zu meistern, daß sie aber dennoch die Auswirkung ihrer Krankheit empfinden. Dies deckt sich damit, daß sie zwar in allen Bereichen ein ausgeprägtes Kompetenzgefühl haben, auch in der Skala "Internale-Externale Kontrolle" im mittleren Bereich liegen, aber doch eine mittlere Belastung durch ihre Krankheit angeben. "Ausgeglichenheit/Zufriedenheit" erfordert auch bei Gesunden ein höheres Maß an "entwickelter Persönlichkeit" als die Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen. In diesem Sinne ist dieses Kriterium weitergehend und schwerer zu erfüllen.

Die Strategie der Gesamtstichprobe, die am meisten dem der "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden" Patienten entspricht, bewirkt also erwartungsgemäß eine günstigere Einschätzung durch die Betroffenen selbst, wie auch durch Außenstehende.

Realitätsgerechte Abwehr wie sie hier vorliegt, sollte ja laut verschiedener Autoren eine positive Auswirkung auf die Anpassung haben. KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) hatten eine positive Anpassung bei solchen Patienten erwartet, die auch hinsichtlich der Handlungsdimension weitgehend mit der hier beschriebenen Stichprobe übereinstimmen.

Neben diesen Eigentümlichkeiten der Auseinandersetzungsstrategie könnte auch die günstige soziale und medizinische Situation dieser Patienten die positive Beurteilung durch sie selbst und den Arzt bewirken.

Hierfür liegen jedoch keine vergleichbaren Daten vor.

Daß die günstige Situation zumindest einen gewissen Einfluß hat, belegt die Tatsache, daß sich die Heimdialysepatienten in beiden Ratings signifikant besser einschätzen als die Limited-Care-Patienten.

Dies bestätigt gleichzeitig die in der Literatur häufig festgestellte Tendenz, daß Heimdialysepatienten ihre Krankheit leichter bewältigen (u.a. SPEIDEL, KOCH et al., o.J.).

Die Tatsache, daß sich verheiratete Patienten eine größere Fähigkeit zur Bewältigung ihrer Krankheit zuschreiben als ledige, hängt sicher damit zusammen, daß diese häufiger einen Partner haben, der ihnen bei der Dialyse hilft und somit den Umgang mit Krankheit und Therapie erleichtert.

Die vier Cluster nehmen in allen Ratings, von einer kleinen Änderung abgesehen, immer die gleiche Reihenfolge ein. Cluster 4 liegt immer an erster Stelle, Cluster 2 an letzter, Cluster 1 nimmt, von einer Ausnahme abgesehen immer den zweiten Platz ein, Cluster 3 den dritten.

Bezüglich der Einschätzung der Zufriedenheit durch den Arzt sind alle anderen Cluster signifikant unterschiedlich von Cluster 2. Das gleiche gilt für die beiden Selbst-Ratings. Lediglich bezüglich der vom Arzt eingeschätzten Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit unterscheiden sich nur die Cluster 1 und 4, nicht aber Cluster 3 signifikant von Cluster 2. Dagegen liegt Cluster 3, im Gegensatz zu allen anderen Ratings, in der Beurteilung der eigenen Fähigkeit zur Bewältigung der Krankheit auf Platz 2.

Es war in Abschnitt III 1. "Erwartungen und Ziele" die Annahme formuliert worden, daß Patienten mit einer noch realitätsgerechten, aber "positiv" verleugnenden, im Handeln aktiven Auseinandersetzungsstrategie ihre Krankheit besser bewältigen als "handlungsorientierte, reflektierte Patienten", die mit der in der Literatur häufig erwähnten Gruppe mit einem "mittlerem Ausmaß

an Abwehr" gleichgesetzt wurden. Dagegen sollten Verleugner, die zu einer "negativen Verdeutlichung" und einer "vermeidenden" Strategie im äußeren Handeln tendieren, schlechtere Ergebnisse als diese beiden vorher genannten Patientengruppen haben. Das schlechteste Ergebnis sollten (von der hier nicht gefundenen Gruppe der "apathisch-depressiven" Patienten abgesehen) die "passiven, grüblerischen Patienten" haben.

Wie man sieht, ist diese Annahme, was die Reihenfolge der Cluster hinsichtlich der hier diskutierten "Erfolgskriterien" betrifft, mit einer Ausnahme, erfüllt.

Dies spricht dafür, daß es sinnvoll ist, beim Vorliegen von Abwehrprozessen zu berücksichtigen, ob das zugrundeliegende Konzept noch realitätsangemessen ist und daß, wie erwartet, bei Vorhandensein eines realitätsbezogenen Konzeptes eine positivere, den Spielraum ausnutzende Bewertung eine günstige Auswirkung hat.

Weiterhin deutet das Ergebnis auch darauf hin, daß die getroffene Unterscheidung zwischen einer Form der Abwehr, die eine positive Verdeutlichung beinhaltet und mit einer aktiv-kämpferischen Handlungsstrategie einhergeht von einer solchen, die mit negativer Verdeutlichung und vermeidender Handlungsstrategie verbunden ist, sinnvoll ist.

Damit kann die in der Streß- und Dialyse-Literatur häufig diskutierte Frage, ob "extreme" oder "mittlere" Abwehr wirkungsvoller ist, zumindest tendenziell in der vorn erwarteten Form beantwortet werden. Solange die Abwehr nicht zu einer Ausblendung von Realität führt, ist eine "positive" Verleugnung, mit anderen Worten, eine gelassene Bewertung, effektiver als ein "mittleres Maß" an Abwehr. Dieses ist wiederum besser als eine "negativ verdeutlichende" Abwehr. Allerdings fehlt zu einem vollständigen Beweis auch der Vergleich mit Patienten mit "extremer" Abwehr. Diese konnten im Rahmen dieser Stichprobe nicht gefunden werden.

Auch die verschiedenen von den Patienten eingesetzten Handlungsstrategien erwiesen sich in der erwarteten Verteilung als sinnvoll.

Die von KAPLAN DE NOUR und CZACZKES (1976) formulierten Kriterien "eher zwanghafte Persönlichkeitsstruktur", "hohe Frustrationstoleranz" und "Auffassung der Krankenrolle als einer aktiven" erwiesen sich wie die von ZIARNIK et al. (1977) genannten wie "keine Gefühle der Hilflosigkeit" und "Hoffnung bezüglich der Zukunft" als günstige Voraussetzungen für eine gute Anpassung.

Gleiches gilt für eine "geringe Belastung durch die Krankheit" und einen wenig ausgeprägten "Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt".

Alle diese Bedingungen hatten bei den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" die günstigste Ausprägung und diese hatten dann auch die besten Ergebnisse hinsichtlich der hier genannten "Erfolgskriterien".

Einschränkend muß hier allerdings festgehalten werden, daß sich die Cluster zwar hinsichtlich ihrer Reihenfolge erwartungsgemäß verhalten, daß aber, von einer Ausnahme abgesehen, nur die Unterschiede aller anderen Cluster zu Cluster 2 signifikant sind, Cluster 1, 3 und 4 sich also nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Man könnte dies eventuell als Beleg dafür nehmen, daß das Ausmaß an Abwehr, wie es durch die Eindimensionale Repression-Sensitizations-Skala gemessen wird, doch das wesentliche Einteilungskriterium darstellt. Dort hatten ja ebenfalls die Cluster 1, 3 und 4 relativ dicht beieinander gelegen und sich nur jeweils signifikant von Cluster 2 unterschieden. Gegen dieses Argument spricht jedoch, daß die Cluster 1, 3 und 4 sich bezüglich der "Erfolgskriterien" in einer anderen Reihenfolge befinden als hinsichtlich der Skala "Repression-Sensitization". Gemessen mit dieser Skala ist Cluster 4 am repressivsten, gefolgt von Cluster 3. Cluster 1

befindet sich an dritter Stelle und unterscheidet sich sogar annähernd signifikant von Cluster 4 ($p = 0.065$), aber kaum von Cluster 3.

Hinsichtlich der Selbst- und der Arzt-Ratings sind sich aber, mit einer Ausnahme, Cluster 4 und 1 ähnlicher als Cluster 4 und Cluster 3. Dies spricht dafür, daß die besondere Abwehrform und Handlungsstrategie, die für Cluster 3 angenommen wurde, doch berücksichtigt werden muß. Ihre schlechteren Ergebnisse sollen ja durch das Hervorheben negativer Aspekte bei gleichzeitiger intrapsychischer Passivität und Vermeidungsverhalten bedingt sein, eine Vielzahl und Kombination von Dimensionen, die durch die Repression-Sensitizations-Skala nicht erfaßt werden kann.

Die Richtigkeit dieser aufgrund der Clusteranalyse getroffenen Einteilung wird noch zusätzlich dadurch bestätigt, daß Cluster 3 sich zumindest in einem der "Erfolgskriterien" entgegen Cluster 1 und 4, nicht signifikant von den Patienten des Cluster 2 unterscheidet.

Den "unkooperativen, burschikosen Verleugnern" wird vom Arzt keine signifikant größere Fähigkeit zur Bewältigung ihrer Krankheit zugeschrieben, als den "passiven, grüblerischen Patienten".

Als Spezifikum der Patienten des Cluster 3 war deren Vermeidungsverhalten, bzw. Passivität und ihre mangelnde Kooperation mit dem medizinischen Personal herausgearbeitet worden. Es zeigt sich, daß gerade die Kompetenz zur Bewältigung der Krankheit vom Arzt schlechter eingeschätzt wird, daß also die Besonderheiten dieses Clusters hinsichtlich der Handlungsdimension im Arzturteil ihren Niederschlag finden.

In der Dialyse-Literatur wird bei "Verleugnern" (ohne die hier getroffene Differenzierung vorzunehmen) ab einem bestimmten Ausmaß an Abwehr eine eingeschränkte Kooperation und mangelndes Befolgen von Therapievorschriften erwartet. Dies konnte in Abschnitt IV 2.2.3. sowohl für die Patienten des Cluster 4, wie des Cluster 3 in verschiedenem Ausmaß bestätigt werden. Dort

wurde jedoch aufgrund der positiveren Bewertung des Kooperationsprozesses durch die "positiv" verleugnenden Patienten die Erwartung formuliert, daß auch das medizinische Personal ihr Verhalten günstiger bewertet als das der "unkooperativen, burschikosen Verleugner". Dies trifft zu und unterstützt die getroffene Unterscheidung zwischen den beiden Formen der Abwehr.

In einer gewissen Diskrepanz hierzu steht, daß sich die Patienten des Cluster 3 selbst mehr Fähigkeit die Krankheit zu bewältigen zuschreiben, als die des Cluster 1. Dies deckt sich mit der bereits in den Abschnitten IV 2.2.3. und IV 2.3. festgestellten Tendenz der Patienten des Cluster 1, sich auch in anderen Bereichen durchschnittlich weniger Kompetenz zuzuschreiben als die Patienten des Cluster 3. Es war dort versucht worden dies mit der Tatsache zu erklären, daß das Erleben der Krankheit stärker von Bewertungsprozessen abhängig ist als die Einschätzung des Handlungsspielraums und daß sich hier die realistischere Haltung der "reflektierten" Patienten niederschlägt.

Vielleicht zeigt sich hier aber auch umgekehrt eine Tendenz der "unkooperativen, burschikosen Verleugner" sich gerade dort in einem günstigeren Licht zu sehen, wo sie ungünstige Eigenschaften haben.

Abschließend soll noch einmal die Frage aufgenommen, werden, was es bedeutet, daß die vier Cluster sich nicht alle signifikant voneinander unterscheiden. Wie gerade ausgeführt, spricht es nicht dafür, daß die durch die Repression-Sensitizations-Skala getroffene Einteilung ausreichend ist.

Auf der anderen Seite können die in dieser Arbeit formulierten Erwartungen hinsichtlich der Effektivität der Auseinandersetzungsstrategien jedoch nicht signifikant, sondern nur tendenziell bestätigt werden.

Dies könnte zum einen dadurch bedingt sein, daß sich die Cluster 1, 3 und 4 doch zu ähnlich sind und es in weiteren Untersuchungen darauf ankäme, Patientengruppen zu finden, bei denen die hier gefundenen Strategien

intensiver ausgeprägt sind. Gegen diese Vermutung spricht, daß die Überprüfung der gefundenen Cluster durch eine Diskriminanzanalyse diese Gruppierung hoch signifikant bestätigt hat. Dennoch könnte es natürlich sein, daß eine noch intensivere Ausprägung der Strategien auch zu größeren Unterschieden bezüglich der "Erfolgskriterien" führen würde. Die zweite Möglichkeit wäre die, daß tatsächlich die drei Auseinandersetzungsstrategien der Cluster 1, 3 und 4, zumindest gemessen an den hier diskutierten Ratings, nicht so unterschiedlich effektiv sind, wie es ursprünglich erwartet wurde. Dies gilt insbesondere für den Unterschied zwischen den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" und den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten". Das hieße auch, daß "positive Verleugnung" nicht signifikant effektiver ist als ein "mittleres Maß" an Abwehr. Tatsächlich signifikant ungünstiger gegenüber allen anderen ist nur die Strategie der "grüblerischen" Patienten. Die Auseinandersetzungsstrategie der "unkooperativen, burschikosen Patienten" tendiert wiederum nur in diese ungünstige Richtung. Sie ist jedoch zumindest in einem Fall nicht signifikant unterschiedlich zum Ergebnis des Cluster 2.

Welche Interpretation zutreffend ist, kann anhand der vorliegenden Daten nicht eindeutig entschieden werden.

3.3. Medikamentenverbrauch

Als ein weiteres Kriterium dessen, was einen "erfolgreichen Patienten" ausmacht, wird die Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und von Schmerzmitteln herangezogen. Diese Medikamente haben einen ziemlich großen Einfluß auch auf das psychische Befinden. Durch eine Senkung des Erregungsniveaus bzw. eine Erhöhung der Schmerzschwelle erleichtern sie (zunächst) den Umgang mit belastenden Ereignissen im psychischen und im somatischen Bereich. Man kann daraus umgekehrt auch schließen, daß die Patienten mit dem höchsten Medikamentenkonsum diese Entlastung auch am dringenden brauchen, also weniger "erfolgreich" sind. (Das kann bedeuten, daß sie mehr Komplikationen haben, oder daß sie weniger gut mit diesen umgehen können.) Je höher der Itemwert ist, um so seltener ist die Medikamenteneinnahme (Die Skala reicht von 1 - 6).

3.3.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt

Die Patienten geben an, sehr wenige Medikamente einzunehmen (Tab. 44). Die Mittelwerte für Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauch liegen zwischen "monatlich" und "seltener als monatlich", mit größerer Nähe zum letztgenannten. Für den Schlafmittelverbrauch liegt der Mittelwert numerisch sogar noch höher, nämlich zwischen "seltener als monatlich" und "gar nicht".

Tab. 44 : Medikamenten-Verbrauch

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifi- kanz
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
Schmerzmittel- verbrauch	4.900	1.654	4.977	1.532	4.687	1.991	58	0.600	0.553
Beruhigungs- mittelverbrauch	4.683	1.818	4.727	1.783	4.562	1.965	58	0.310	0.759
Schlafmittel- verbrauch	5.200	1.505	5.182	1.451	5.250	1.693	58	0.150	0.878

Anders ausgedrückt: 8 % der Patienten geben an, täglich Schmerzmittel zu nehmen, bei der Einnahme von Beruhigungsmitteln sind es 10 %, bei den Schlafmitteln 5 %. Für die Kategorien "mehrmals wöchentlich" und "wöchentlich" kommen (in der Reihenfolge wie oben) jeweils 15 %, noch einmal 15 % und 12 % hinzu. Über 75 % der Patienten nehmen die genannten Medikamente nur monatlich und seltener ein.

Die weiblichen Patienten haben einen etwas höheren Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauch und einen etwas geringeren Schlafmittelverbrauch als die männlichen Patienten, jedoch ist keiner der Unterschiede signifikant.

Nur zwischen Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauch besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,000$; Tab. 45). Die Patienten, die häufig Schmerzmittel einnehmen, nehmen also auch Beruhigungsmittel ein. Zum Schlafmittelverbrauch bestehen keine signifikanten Zusammenhänge, Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauch sind also unabhängig vom Schlafmittelverbrauch.

Tab. 45 : Medikamenten-Verbrauch

Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Skalen mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten

Zusammenhang zwischen:	r	p
Schmerzmittelverbrauch und Beruhigungsmittelverbrauch	0.474	0.000 ^{xxx}
Schmerzmittelverbrauch und Schlafmittelverbrauch	0.096	0.231
Beruhigungsmittelverbrauch und Schlafmittelverbrauch	0.091	0.243

3.3.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

Hinsichtlich des Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauchs ergaben sich drei signifikante Ergebnisse, hinsichtlich des Schlafmittelverbrauchs keines.

Ledige geben einen signifikant niedrigeren Schmerzmittelverbrauch an, als verheiratete Patienten ($p =$

0.019). (Für die geschiedene Person liegt dieser am höchsten.) Tendenzielle Unterschiede bestehen zwischen Heimdialyse- und Limited-Care-Patienten. Heimdialysepatienten nehmen weniger Schmerzmittel ein ($p = 0.226$). Weiterhin ist der Schmerzmittelverbrauch der Berufstätigen etwas niedriger als der der Nicht-Erwerbstätigen ($p = 0.209$).

Signifikant ist der Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen hinsichtlich des Beruhigungsmittelverbrauchs. Auch hier liegen die Erwerbstätigen günstiger ($p = 0.008$). Weiterhin bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters ($p = 0.059$). Die Gruppe der 46 - 60jährigen nimmt mehr Beruhigungsmittel ein als die 20 - 30 und 31 - 45 jährigen. Tendenziell liegen auch hier die Ledigen günstiger als die verheirateten Patienten ($p = 0.211$).

Für den Schlafmittelverbrauch liegen alle Signifikanzen höher als $p = 0.4$, außer dem Schulabschluß. Hier nehmen Patienten mit mittlerer Reife und Abitur weniger Schlafmittel ein, als Patienten mit Volksschulabschluß, bzw. ohne Schulabschluß ($p = 0.112$).

3.3.3. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und dem Medikamentenverbrauch

Schmerzmittelverbrauch

Hier besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien ($p = 0.456$), wie Tab. 46 a + b zeigen. Die Reihenfolge der Cluster entspricht dabei der, wie sie für die Ratings bereits mehrfach beschrieben wurde. Die Patienten des Cluster 4 nehmen die wenigsten Schmerzmittel, gefolgt von denen des Cluster 1 und dann 3. Diese Patientengruppen liegen sehr dicht beieinander. In etwas größerem Abstand zu diesen befindet sich an letzter Stelle Cluster 2.

Tab. 46: Schmerzmittelverbrauch

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	5.010	1.505
Cluster 2	4.100	2.131
Cluster 3	4.937	1.768
Cluster 4	5.055	1.764

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	30.66	24.00	30.56	33.92
Chi-Quadrat:	2.609 Signifikanz: 0.456			

Beruhigungsmittelverbrauch

Die vier Patientengruppen unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln signifikant ($p = 0.004$). Die Reihenfolge der Gruppen entspricht der beim Schmerzmittelverbrauch (Tab. 47 a + b). Allerdings ist der Abstand des dritten Clusters zu Cluster 1 und 4 recht groß. Die "unkooperativen, burschikosen, verleugnenden Patienten" ähneln in der Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln stärker den "passiven, grüblerischen Patienten". Die Prüfung der Unterschiede zwischen je zwei Clustern (Tab. 47 c) ergab dann auch, daß die Patienten der Cluster 1 und 4 jeweils signifikant weniger Beruhigungsmittel einnehmen als die aus Cluster 2 und 3.

Tab. 47: Beruhigungsmittelverbrauch

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	5.312	1.250
Cluster 2	3.400	2.221
Cluster 3	3.937	2.048
Cluster 4	5.388	1.500

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	35.47	20.55	24.25	58.06
Chi-Quadrat:	13.089	Signifikanz: 0.004 ^{xxx}		

c) Ergebnis der Überprüfung der Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem Mann-Whitney-U-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.018 ^x
Cluster 1 versus Cluster 3	0.026 ^x
Cluster 1 versus Cluster 4	0.443
Cluster 2 versus Cluster 3	0.590
Cluster 2 versus Cluster 4	0.006 ^{xx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.006 ^{xx}

Schlafmittelverbrauch

Auch hier unterscheiden sich die vier Cluster nicht signifikant ($p = 0.324$). Allerdings ist hier die Reihenfolge der Cluster etwas verändert (Tab. 48 a + b): Die Patienten des ersten Clusters nehmen am wenigsten Schlafmittel ein, es folgen die des zweiten Clusters (!), dann die Patienten aus Gruppe 4. Die "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten" nehmen die meisten Schlafmittel ein.

Tab. 48 : Schlafmittelverbrauch ¹

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	1.437	1.547
Cluster 2	1.000	1.211
Cluster 3	4.812	1.905
Cluster 4	5.000	1.495

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	21.13	32.34	26.84	28.35
Chi-Quadrat:	3.478	Signifikanz: 0.324		

3.3.4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Patienten geben an, sehr wenige Medikamente einzunehmen. Die Mittelwerte für Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelverbrauch liegen zwischen "monatlich" und "seltener als monatlich", der Mittelwert der Variable "Schlafmittelverbrauch" sogar zwischen "seltener als monatlich" und "gar nicht". Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten sind nicht signifikant.

Es ergaben sich die folgenden signifikanten soziodemographischen Einflüsse: Ledige nehmen signifikant weniger Schmerzmittel als Verheiratete; Erwerbstätige nehmen signifikant weniger Beruhigungsmittel als Rentner und die 20 - 45jährigen weniger als die 46 - 60jährigen.

Vergleichbare Daten für die Durchschnittsbevölkerung konnten von mir nicht in Erfahrung gebracht werden. HOLCOMB und MACDONALD (1973) berichten von 23 Dialysepatienten im Alter von 20 - 40 Jahren ohne schwere medizinische Komplikationen, daß 57 % von ihnen Medikamente einnehmen, um sich zu entspannen. Da sie nicht angeben, wie häufig diese Medikamente eingenommen werden, ist ein Vergleich mit den hier vorliegenden Daten schwierig. Man kann aber wohl davon ausgehen, daß der Wert der vorliegenden Stichprobe sehr viel niedriger liegt. Immerhin nehmen 75 % der Patienten Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel nur monatlich oder noch seltener ein.

Da die medizinische Situation der beiden Stichproben vermutlich vergleichbar ist, könnten die günstigen sozialen Bedingungen der hier untersuchten Patienten den wesentlichen Einflußfaktor für das bessere Ergebnis darstellen, was aber aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht entschieden werden kann. Eine Unterstützung findet diese Annahme jedoch darin, daß Erwerbstätige signifikant weniger Beruhigungsmittel einnehmen als Rentner. Dies spricht gleichzeitig dafür, daß Aktivität, das Ausfüllen einer Aufgabe, keine Belastung darstellt, sondern im Gegenteil zu einem Gefühl der Zufriedenheit bzw. Ausgeglichenheit führt, das die Einnahme von Transquilizern unnötig macht. Die berufliche Rehabilitation hat also eine günstige Wirkung.

Weiterhin steht das Alter mit der Einnahme von Beruhigungsmitteln in Beziehung. 46 - 60jährige Patienten nehmen mehr Medikamente ein als jüngere. Vermutlich hängt dies mit der vorher beschriebenen Variable zusammen. Die älteren Patienten sind viel häufiger berentet und auch (wie an Cluster 2 deutlich wird, das die meisten Patienten dieser Altersgruppe enthält) in anderen Gebieten eher passiv. Passivität und Zurückgezogenheit bewirken also eher innere Unruhe und führen so zu einer erhöhten Einnahme von Beruhigungsmitteln.

Die Tatsache, daß Ledige weniger Schmerzmittel einnehmen, könnte zum einen mit ihren im Schnitt geringeren Durchschnittsalter und dem damit verbundenen besseren somatischen Zustand zusammenhängen. Es könnte aber auch sein, daß diejenigen, die mit einem Partner zusammenleben, eher das Gefühl haben, auf diesen Rücksicht nehmen zu müssen und so versuchen, durch die Einnahme von Medikamenten ihre Schmerzen zu unterdrücken.

Neben der günstigen sozialen Situation spielt aber sicher auch hier die Auseinandersetzungsstrategie der Patienten eine wesentliche Rolle. Es scheint so zu sein, daß die Patienten aufgrund ihrer kognitiv abwehrenden, aber im Handeln aktiven Art, mit Belastungen umzugehen, tatsächlich weniger unter dem Krankheitsstreß leiden. Diese innere Ruhe macht es dann auch relativ unnötig, Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel einzunehmen. Dies entspricht der von KROHNE (1975) genannten Tendenz, daß "Represser" weniger Medikamente nehmen. Die Annahme des günstigen Einflusses der Auseinandersetzungsstrategie der vorliegenden Stichprobe findet auch in der Tatsache Unterstützung, daß HOLCOMB und MACDONALD die, wie vorn ausgeführt, von 57 % der untersuchten Patienten die Einnahme von Medikamenten zur Entspannung berichten, 43 % dieser Patienten für zeitweilig "sehr depressiv" halten. Der Anteil "depressiver" Patienten liegt in der vorliegenden Stichprobe ja sehr viel niedriger.

Auf der anderen Seite besteht natürlich auch die Möglichkeit, daß die Patienten, ihrer mit "positiver" Abwehr in Verbindung stehenden Tendenz zu Reaktionen in Richtung sozialer Erwünschtheit gemäß, Angaben machen, die günstiger sind, als es der Realität entspricht.

Ob diese Annahme zutreffender ist, kann aufgrund der hier eingesetzten Erhebungsinstrumente nicht entschieden werden. Es müßte mit anderen Methoden, z.B. Befragen des Arztes oder des Partners, die tatsächliche Einnahme von Medikamenten festgestellt und mit den Angaben der Patienten verglichen werden.

Erstaunlich ist, daß die weiblichen Patienten, deren Besonderheiten im Auseinandersetzungsstil, insbesondere ihre Tendenz zu "grübeln" und ihre Passivität, eine größere innere Unruhe vermuten lassen, keine signifikant schlechteren Ergebnisse haben als die männlichen Patienten. Es zeigt sich hinsichtlich der Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln lediglich eine geringe Tendenz in diese Richtung. Vielleicht sind die Unterschiede bezüglich Auseinandersetzungsstrategien zwischen männlichen und weiblichen Patienten doch nicht so groß, als daß sie Einfluß auf diese Kriterien nehmen würden. In jedem Fall ist der Schlafmittelverbrauch so niedrig und auch die Streuung dieser Variablen so gering, daß aufgrund dieses Items auch keine Unterschiede zwischen Patientengruppen gefunden werden können.

Insgesamt kann man wohl sagen, (aufgrund der fehlenden Vergleichsdaten von anderen Stichproben und der Möglichkeit des Einflusses einer Tendenz zu sozial erwünschten Verhalten jedoch mit einem gewissen Vorbehalt) daß die günstige soziale und medizinische Situation und die spezielle Auseinandersetzungsstrategie einen positiven Einfluß auf die Häufigkeit der Einnahme von Tranquilizern und Schmerzmitteln haben. Damit können auch hier die in der Literatur formulierten Erwartungen hinsichtlich des günstigen Einflusses dieser Faktoren bestätigt werden.

Die vier Cluster nehmen hinsichtlich des Schmerzmittelverbrauchs und des Beruhigungsmittelverbrauchs die gleiche Reihenfolge ein, wie auch bei den Ratings: Am günstigsten liegt Cluster 4, dann 1, gefolgt von Cluster 3 und an ungünstigster Position befindet sich Cluster 2. In der erstgenannten Variable ist der Unterschied nicht signifikant, in der zweiten ist er es. Hier unterscheiden sich Cluster 1 und 4 jeweils signifikant von Cluster 2 und 3, während der Unterschied zwischen Cluster 3 und Cluster 2 nur gering ist. Cluster 3 nimmt hier also eine recht ungünstige Position ein.

Dies trifft auch für die Variable "Schlafmittelverbrauch" zu. Hier nimmt Cluster 3 sogar die schlechteste Position ein; allerdings sind die Unterschiede zwischen den Clustern nicht signifikant.

Auf eine Diskussion der durch die Variable "Schlafmittelverbrauch" festgestellten Unterschiede zwischen den Clustern soll aufgrund ihrer minimalen Ausprägung verzichtet werden. Die dort gefundene Reihenfolge der Cluster ist höchstwahrscheinlich zufallsbedingt.

Hinsichtlich des Schmerz- und Beruhigungsmittelverbrauchs nehmen die Cluster die gleiche Reihenfolge ein, wie bei den Selbst- und Arzt-Ratings. Auf eine ausführliche Diskussion aller dort angesprochenen Aspekte soll hier deshalb verzichtet werden.

Die Reihenfolge der Cluster bestätigt auch hier die Richtigkeit der durch die Clusterung gebildeten Gruppen. Anders formuliert, die Unterscheidung der Auseinandersetzungsstrategie des Cluster 3 von der des Cluster 4, die von der Repression-Sensitizations-Skala nicht getroffen wird, ist angemessen. Dies wird noch dadurch unterstrichen, daß die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" in einer Variablen ein signifikant schlechteres Ergebnis haben als die Patienten des Cluster 4 und des Cluster 1, sich aber nicht signifikant von den Patienten des Cluster 2 unterscheiden. Auch hier sind sich also Cluster 4 und 1 ähnlicher als Cluster 4 und 3.

Die erwartete Effektivität der Auseinandersetzungsstrategien wird durch die Reihenfolge der Cluster also bestätigt. Allerdings sind die Unterschiede bezüglich des Schmerzmittelverbrauchs zwischen den Clustern nicht

signifikant. Selbst die "passiven, grüblerischen Patienten" haben hier kein signifikant schlechteres Ergebnis als die anderen Patientengruppen. Dies könnte vielleicht auch dadurch bedingt sein, daß der Schmerzmittelverbrauch mehr vom somatischen Zustand als vom psychischen Bewältigungsprozeß abhängig ist. In jedem Fall kann die vorn formulierte Erwartung hier nur in der Tendenz bestätigt werden.

Anders ist es bei der Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln. Zwar liegen auch hier wider Erwarten die "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" nicht signifikant besser als die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten", die bezüglich ihrer Abwehr als "Mittelgruppe" bezeichnet wurden, aber die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" und die "passiven, grüblerischen Patienten" nehmen signifikant mehr Beruhigungsmittel ein, als diese.

Dies spricht dafür, daß die Patienten des Cluster 3, wie angenommen, trotz ihrer Abwehr innerlich latent unruhig und gereizt sind. Ihre Eigenart, negative Aspekte hervorzuheben führt vermutlich zu einer inneren Anspannung, die die Patienten aufgrund ihrer intrapsychischen Passivität nicht durcharbeiten, aufgrund ihrer Eigenart, Problemen eher aus dem Weg zu gehen oder sich abwartend zu verhalten und nicht zu kooperieren, auch nicht nach außen umsetzen. Durch die Einnahme von Beruhigungsmitteln versuchen sie vielleicht, eine gewisse emotionale Stabilität zu erreichen, ohne sich mit ihren Konflikten auseinandersetzen zu müssen. Eventuell könnte aus diesen Zusammenhängen auch erklärt werden, warum diese Patienten am meisten Schlafmittel einnehmen, jedoch ist dieser Unterschied zu den anderen Clustern, wie vorn ausgeführt, minimal.

Die Patienten des Cluster 3 liegen hinsichtlich der Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln nicht signifikant günstiger als die Patienten des Cluster 2. Genauso war es ja auch hinsichtlich der Einschätzung der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung durch den

Arzt. Die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung scheint danach keinen so intensiven Einfluß auf die Qualität der Anpassung zu haben wie die Art der gesehenen Aspekte und des äußeren Handelns.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse hinsichtlich des Schmerz- und Beruhigungsmittelverbrauchs die vorn formulierten Erwartungen.

3.4. Beschwerdenlisten

Von einem weiteren Aspekt wird ein Zugang zu dem, was einen "erfolgreichen Patienten" ausmacht, gesucht. Es wurde die Häufigkeit und Intensität subjektiv erlebter, vorwiegend somatischer Beschwerden erhoben. Die so erfaßten Beschwerden enthalten zwei Komponenten: Zum einen dokumentieren sie (bis zu einem bestimmten Ausmaß) tatsächlich vorhandene körperliche Krankheitsprozesse und auch einige psychische Beeinträchtigungen. Zum anderen geht eine subjektive Komponente ein, da gleiche Zustände sehr unterschiedlich bewertet werden können. Neben dem Ausmaß der tatsächlichen Komplikationen wird also auch das Leiden an diesen gemessen. In diesem Sinne ist ein Patient dann "erfolgreich", wenn bei ihm wenige (oder keine) Störungen auftreten und/oder er diese Störungen als wenig oder nicht belastend empfindet.

In einem weiteren Schritt soll dann noch die Art der vorkommenden Beschwerden unterschieden werden. Hier interessiert auch, inwieweit die Beschwerden auf spezifische, bei Dialysepatienten häufig vorkommende Komplikationen rückführbar sind, bzw. inwieweit Zusammenhänge mit der Streßreaktion festgestellt werden können. Insbesondere interessiert hier, ob bei den Clustern hinsichtlich der Art ihrer Beschwerden Schwerpunkte oder besondere Bereiche gefunden werden können, die auf ihre spezielle Auseinandersetzungsstrategie und daraus resultierenden funktionelle Abweichungen rückführbar sind.

Im folgenden sollen zunächst Häufigkeit/Intensität von Beschwerden (3.4.1.), dann die Qualität der Beschwerden (3.4.2.) abgehandelt werden.

Die Item-Skalen erstrecken sich von 0 - 3. 0 bedeutet "Keine Beschwerden", 3 = "Starke Beschwerden".

3.4.1. Häufigkeit und Intensität der Beschwerden

3.4.1.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichproben und Vergleich mit der Eichstichprobe und verschiedenen klinischen Kollektiven

Für die Beschwerdenlisten B-L, B-L' und B-L und B-L': 2 liegen Daten einer Eichstichprobe vor und wurden auch Kriteriumswerte von v. ZERSSEN (1976) publiziert (siehe die Abbildung in III 3.1.). Für B-L⁰ ist dies nicht der Fall.

Die Dialysepatienten haben in B-L⁰ einen Mittelwert von 11.967; hierfür liegen keine vergleichbaren Ergebnisse vor. In B-L beträgt der Mittelwert 18.867, in B-L' 18.967 und in B-L und B-L': 2 18.933 (Tab. 49).

Man sieht, daß die Mittelwerte nahezu identisch sind. Wie Tab. 50 dann auch zeigt, korrelieren B-L und B-L' hochsignifikant miteinander ($r = 0.9$; $p = 0.000$). Auch

Tab. 49 : Beschwerdenlisten Rohwerte

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
B-L-Rohwert	18.867	9.838	17.932	10.235	21.437	8.414	58	1.230	0.225
B-L'-Rohwert	18.967	10.906	17.886	10.827	21.937	10.909	58	1.280	0.206
BL+B-L'-Rohwert 2	18.933	10.090	17.932	10.247	21.687	9.405	58	1.230	0.205
B-L ⁰ -Rohwert	11.967	5.602	12.000	5.348	11.875	4.048	58	0.080	0.933

Tab. 50 : Beschwerdenlisten

Überprüfung der Zusammenhänge zwischen B-L, B-L' und B-L⁰ mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten

Zusammenhänge zwischen:	r	p
B-L und B-L'	0.900	0.000 ^{xxx}
B-L und B-L ⁰	0.661	0.000 ^{xxx}
B-L' und B-L ⁰	0.739	0.000 ^{xxx}

die Korrelation mit $B-L^0$ ist sehr hoch. Man kann also davon ausgehen, daß alle Instrumente zu einem großem Maß das gleiche messen, wie es auch von v. ZERSSEN (1976) berichtet wurde.

Legt man den einheitlichen Maßstab mit den Kriterien "22 - 27 Rohpunkte" für den fraglich abnormen Bereich bei der untersuchten Stichprobe an, so liegt der Mittelwert der Gesamtstichprobe, wie auch die Mittelwerte für Patienten und Patientinnen getrennt, unter diesen kritischen Wert. Dies gilt für die männlichen Patienten auch dann, wenn man den strengeren, geschlechtsspezifischen Kriteriumswert von 19 - 24 Rohpunkten anlegt.

(Für Frauen liegt der geschlechtsspezifische Kriteriumswert noch höher; daher ist es selbstverständlich, daß sie auch bei diesem unterhalb des fraglich abnormen Bereichs liegen.)

In Prozenten ausgedrückt befinden sich (von den Ergebnissen in $B-L$ und $B-L'$: 2 ausgehend), bei Festlegung des kritischen Bereichs von 22 - 27 Rohpunkten, 60 % der Gesamtstichprobe im "Normalbereich", 20 % im "fraglich abnormen" und weitere 20 % im "abnormen" Bereich.

Die Mittelwerte der weiblichen Patienten liegen alle etwas höher, wie das ja auch in der Eichstichprobe der Fall ist, jedoch sind die Unterschiede nicht signifikant.

Die Dialysepatienten haben in $B-L$ und $B-L'$ (und dann natürlich auch in $B-L$ und $B-L'$: 2) hochsignifikant höhere Mittelwerte als die Eichstichprobe ($p = 0.000$), sie äußern also beträchtlich mehr Beschwerden als die Durchschnittsbevölkerung (Tab. 51).

Im Vergleich mit anderen klinischen Gruppen mit verschiedenen Körperkrankheiten und psychiatrischen Erkrankungen, deren Ergebnisse von v. ZERSSEN (1976) publiziert wurden, liegt der Mittelwert der Dialysepatienten immer signifikant niedriger. Am ähnlichsten

sind sie noch dem Kollektiv mit "verschiedenen Körperkrankheiten, ohne psychosomatische Erkrankungen" (Tab. 52).

Tab. 51 : Beschwerdenlisten: Rohwerte

Vergleich der Mittelwerte der Dialysepatienten mit denen der Eichstichprobe mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Eichstichprobe insgesamt		Dialysepatienten insgesamt		DF	T	Signifikanz
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
B-L-Rohwert	14.260	10.750	18.867	2.833	1819	3.268	0.001 ^{xxx}
B-L'-Rohwert	14.260	10.740	18.967	10.906	1819	3.232	0.001 ^{xxx}
B-L + E-L': 2-Rohwert	14.260	10.330	18.933	10.090	1819	3.446	0.001 ^{xxx}

Tab. 52 : Beschwerdenlisten: Rohwerte

Vergleich der Mittelwerte der Dialysepatienten mit denen verschiedener klinischer Kollektive mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung der Kollektive	B-L		B-L'		B-L			B-L'		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	DF	T	Signif.	DF	T	Signif.
Verschiedene Körperkrankheiten (ohne psychosomatische)	23.7	14.0	23.5	13.9	144	2.454	0.015 ^x	142	2.208	0.029 ^x
Koronare Herzerkrankungen	30.2	11.8	26.7	11.4	109	5.524	0.000 ^{xxx}	109	3.651	0.000 ^{xxx}
Funktionelle Herzbeschwerden	31.1	12.5	29.1	14.6	107	5.723	0.000 ^{xxx}	87	4.030	0.000 ^{xxx}
versch. psychiatrische Erkrankungen	30.0	15.4	31.5	15.1	111.1	7.450	0.000 ^{xxx}	98.9	7.804	0.000 ^{xxx}
Schizophrenien	29.8	16.3	28.7	14.9	77.3	4.157	0.000 ^{xxx}	87.9	3.844	0.000 ^{xxx}
Neurosen (ohne neurotische Depressionen)	31.0	13.8	36.6	13.3	86.4	5.215	0.000 ^{xxx}	108	7.646	0.000 ^{xxx}
Neurotische Depressionen	35.1	13.2	37.1	12.0	89.0	7.195	0.000 ^{xxx}	108	8.301	0.000 ^{xxx}
Endogene Depressionen	33.9	16.2	36.2	15.0	77.6	5.743	0.000 ^{xxx}	87.5	6.772	0.000 ^{xxx}

Die untersuchte Stichprobe von Dialysepatienten liegt also im Ausmaß der Beschwerden signifikant über der Durchschnittsbevölkerung, aber auch signifikant tiefer als verschiedene andere Patientengruppen.

3.4.1.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

In allen Beschwerdenlisten äußern Heimdialysepatienten signifikant weniger Beschwerden als Limited-Care-Patienten (B-L: $p = 0.002$; B-L': $p = 0.051$; B-L⁰: $p =$

0.034). Weiterhin ist der Mittelwert der Patienten, die einen Transplantationsversuch hinter sich haben in B-L⁰ fast signifikant ($p = 0.061$), in B-L und B-L' tendenziell ($p = 0.132$ und 0.120) niedriger als der der Patienten, die sich einem solchen nicht unterzogen haben.

Tendenzielle Unterschiede bestehen in B-L und B-L' zwischen Patienten mit verschiedenen Schulabschlüssen ($p = 0.110$ bzw. 0.161), Patienten mit Mittlerer Reife und Abitur äußern weniger Beschwerden ($\bar{x} = 17.500$ bzw. 10.600) als solche mit Volksschulabschluß oder ohne Schulabschluß ($\bar{x} = 20.700$ bzw. 22.250 . Alle Mittelwerte stammen aus B-L und B-L' : 2).

Nur in B-L haben die Berufstätigen tendenziell weniger Beschwerden als die Nicht-Erwerbstätigen ($p = 0.159$; in den anderen Beschwerdenlisten gilt dies auch, jedoch liegen dort die Werte für p höher). Der Mittelwert der Vollzeit-Berufstätigen ($N = 18$) beträgt 14.055 , der der Rentner ($N = 25$) 22.160 . Die anderen Gruppen liegen dazwischen.

In B-L' ergab die Prüfung des Einflusses des Alters ein p von 0.174 . Mit zunehmenden Alter (bezogen auf die drei Altersgruppen) nehmen die Beschwerden zu. Dies gilt auch für die Ergebnisse in den anderen Beschwerdenlisten, jedoch ist dort der Wert von p höher.

3.4.1.3. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Häufigkeit und Intensität von Beschwerden.

Sowohl in B-L, wie auch in B-L' unterscheiden sich die vier Patientengruppen signifikant ($p = 0.004$ bzw. 0.000 ; Tab. 53 b und 54 b). Im Vergleich mit den Ergebnissen in den anderen Instrumenten ist die Reihenfolge der Cluster hier teilweise verändert (Tab. 53 a und Tab. 54 a). Die Gruppe 3 ("unkooperative, burschikose und verleugnende Patienten") äußert die wenigsten Beschwerden; an zweiter Stelle liegen die "handlungsorientier-

ten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" (Cluster 4). An dritter Stelle folgt Cluster 1, dessen Patienten als "handlungsorientiert und reflektiert" beschrieben wurden. Diese drei Patientengruppen liegen, wie es vorher auch meist der Fall war, relativ dicht beieinander. In großem Abstand zu diesen befinden sich die "passiven, grüblerischen Patienten" (Cluster 2), die die meisten Beschwerden äußern.

Im Vergleich zwischen je zwei Clustern ist demgemäß der Unterschied zwischen Cluster 2 und allen anderen Clustern signifikant ($p = 0.000$ bzw. 0.001), während diese untereinander nicht signifikant unterschiedlich sind.

Das hier geschilderte gilt sowohl für die Ergebnisse in B-L wie in B-L'.

Tab. 53 : Rohwert der Beschwerdenliste B-L

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	18.121	9.918
Cluster 2	20.000	9.030
Cluster 3	14.625	7.330
Cluster 4	16.722	8.322

b) Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der 4 Cluster mit der Varianzanalyse

Quelle	SSQ	DF	MSQ	F	Signifikanz
Zwischen d.Gruppen	1618.139	3	539.380	7.013	0.0004 ^{xxx}
Innerhalb d.Gruppen	4307.111	56	76.913		

c) Ergebnis der Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem T-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.001 ^{xxx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0.264
Cluster 1 versus Cluster 4	0.643
Cluster 2 versus Cluster 3	0.000 ^{xxx}
Cluster 2 versus Cluster 4	0.000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.489

Tab. 54 : Rohwert der Beschwerdenliste B-L'

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	17.000	8.571
Cluster 2	33.000	11.066
Cluster 3	11.437	9.018
Cluster 4	11.243	8.820

b) Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der 4 Cluster mit der Varianzanalyse

Quelle	SSQ	DF	MAQ	F	Signifikanz
zwischen d. Gruppen	2406,963	3	802,321	9,466	0,000 ^{xxx}
innerhalb d. Gruppen	4746,438	56	84,758		

c) Ergebnis der Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem T-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0,000 ^{xxx}
Cluster 1 versus Cluster 3	0,633
Cluster 1 versus Cluster 4	0,714
Cluster 2 versus Cluster 3	0,000 ^{xxx}
Cluster 2 versus Cluster 4	0,000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0,901

In B-L⁰ unterscheiden sich die Patientengruppen mit einer Signifikanz von $p = 0,003$ (Tab. 55 b). Hier haben die Patienten des Cluster 4 die geringsten Beschwerden, gefolgt von denen des Cluster 3. Diese beiden Gruppen haben also ihre Plätze vertauscht. Die anderen Patientengruppen verhalten sich wie in B-L und B-L' (Tab. 55 a). Ein weiterer Unterschied besteht darin, daß sich nicht nur alle anderen Gruppen signifikant von Cluster 2 unterscheiden ($p = 0,016$ bzw. $0,000$; Tab. 55 c), sondern auch Cluster 1 annähernd signifikant von Cluster 3 ($p = 0,089$) und signifikant von Cluster 4 ($p = 0,043$).

Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" haben hier also ein schlechteres Ergebnis. Sie nehmen bezüglich der beiden "verleugnenden" Patientengruppen und den "passiven, grüblerischen Patienten" eine mittlere Position ein.

Tab. 55 : Rohwert der Beschwerdenliste B-1⁰

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s.
Cluster 1	12.812	4.519
Cluster 2	17.300	4.644
Cluster 3	10.062	4.611
Cluster 4	9.611	4.272

b) Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der 4 Cluster mit der Varianzanalyse

Quelle	SAQ	DF	FAQ	F	Signifikanz
Zwischen d. Gruppen	453.181	3	151.060	7.488	0.001 ^{xxx}
Innerhalb d. Gruppen	1129.753	56	20.174		

c) Ergebnis der Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen jeweils 2 Clustern mit dem T-Test

Vergleich	Signifikanz
Cluster 1 versus Cluster 2	0.016 ^x
Cluster 1 versus Cluster 3	0.089 ¹
Cluster 1 versus Cluster 4	0.043 ^x
Cluster 2 versus Cluster 3	0.000 ^{xxx}
Cluster 2 versus Cluster 4	0.000 ^{xxx}
Cluster 3 versus Cluster 4	0.771

3.4.2. Art der vorkommenden Beschwerden

3.4.2.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichprobe und Vergleich mit der Eichstichprobe

Die Ergebnisse der Dialysepatienten in den einzelnen Items der Beschwerdenlisten werden hier, auch getrennt nach Geschlecht, dargestellt und diese, soweit vorhanden, mit Ergebnissen der Eichstichprobe (v. ZERSSEN, 1976) verglichen. Die Mittelwerte aller Items und deren Vergleich mit den Mittelwerten der Eichstichprobe befinden sich, nach der Höhe ihrer Werte in der Gesamtstichprobe geordnet, in Tab. 4 im Anhang.

Die Ausprägung "Stark" kommt bei den Mittelwerten der Dialysepatienten nicht vor. Die höchsten vorkommenden Werte liegen zwischen "kaum" und "mäßig", lediglich bei der Teilstichprobe der Patientinnen liegt ein Item-

Mittelwert über "mäßig".

20 Mittelwerte unterscheiden sich signifikant von denen der Eichstichprobe. Zwischen den geschlechtsgetrenten Stichproben sind 13 Mittelwerte signifikant unterschiedlich, davon 9 mit höheren Werten bei den weiblichen Patienten.

Im folgenden werden nur die Items inhaltlich dargestellt, deren Mittelwerte höher als 1 = "kaum" liegen und/oder signifikant höher sind als die Mittelwerte der Eichstichprobe. In Tab. 56 wird der Versuch unternommen, diese Items in inhaltlichen Bereichen zusammenzufassen. Dort sind auch jeweils die signifikanten Unterschiede zur Eichstichprobe, sowie die zwischen männlichen und weiblichen Patienten gekennzeichnet.

Es ergaben sich folgende Bereiche und Ergebnisse:

Nahrungsbedürfnisse/Verdauung

Hier sind die Items "Starker Durst" und "Heißhunger", sowie "Verstopfung", "Völlegefühl", "Übelkeit" und "Appetitlosigkeit" enthalten. Vor allen beim ersten Item liegt der Mittelwert sehr hoch (bei der Gesamtstichprobe ist es der höchste vorkommende), jedoch liegen für dieses, wie auch für das Item "Heißhunger" keine Daten der Eichstichprobe vor. Man kann aber wohl davon ausgehen, daß die Werte sehr viel höher als bei der Normalpopulation liegen.

In den anderen Items liegt die Stichprobe der Dialysepatienten überall signifikant höher als die Eichpopulation. Numerisch liegen die Items, bis auf "Verstopfung" alle unter "kaum".

Zwischen männlichen und weiblichen Patienten bestehen in diesem Bereich nur minimale, zu vernachlässigende Unterschiede.

Frieren/Kälteempfindlichkeit

Dieser Bereich umfaßt die Items "Überempfindlichkeit gegen Kälte", "Kalte Füße" und "Frieren". Die Mittelwerte aller Items liegen zwischen "kaum" und "mäßig"; sie sind alle hochsignifikant höher als die der Nor-

malpopulation, wobei die Ausprägung der Items bei den weiblichen Patienten immer signifikant stärker ist als die der Männer.

Tab. 56 : Items der Beschverdenlisten mit $\bar{x} > 1$ oder signifikant höher als die Richtstichprobe, nach Bereichen geordnet

Mittelwerte der Dialysepatienten insgesamt und getrennt nach Geschlecht und Ergebnisse der Prüfung der Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten und zwischen Dialysepatienten und der Richtstichprobe mit dem T-Test (zweiseitige Darstellung). Für die Items von B-L⁰ wurden keine Sign-Daten veröffentlicht. Sie sind mit „-“ unter „n“ nach dem Mittelwert der Gesamtstichprobe gekennzeichnet.

P hinter dem Gesamt-Mittelwert enthält den Hinweis auf signifikante Unterschiede zur Richtstichprobe. P hinter den geschlechtsgetrennten Stichproben weist auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen hin. Die Signifikansen sind jeweils hinter der Stichprobe mit dem größeren Mittelwert verzeichnet.

xxx = p = 0.001

xx = p = 0.01

x = p = 0.05

Bezeichnung des Bereichs	Item-Kurzbezeichnung	$\bar{x}$ Patienten gesamt	p	$\bar{x}$ Männ- liche Patienten	p	$\bar{x}$ Weib- liche Patienten	p
Nahrungsbedürfnisse/ Verdauung	Starker Durst	1.633	/	1.682		1.500	
	Heißhunger	1.115	/	1.091		1.313	
	Verstopfung	1.133	xxx	1.159		1.250	
	Druck/Völlegefühl im Leib	0.850	x	0.941		0.375	
	Übelkeit	0.667	xx	0.636		0.750	
	Appetitlosigkeit	0.550	xx	0.500		0.625	
Frieren/Kälteempfind- lichkeit	Überempfindlichkeit gegen Kälte	1.433	xxx	1.250		1.938	x
	Kalte Füße	1.367	xx	1.114		2.226	xxx
	Frieren	1.550	xxx	1.182		1.313	x
Erschöpfung/Konzentra- tionsstörungen	Rasche Erschöpfbarkeit	1.400	xxx	1.386		1.438	
	Müdigkeit	1.270	xxx	1.159		1.575	
	Müdigkeit	1.167		1.066		1.438	
	Schwächegefühl	1.150	xxx	1.156		1.183	
	Energielosigkeit	0.917	xxx	0.932		0.875	
	Vergesslichkeit	1.367	/	1.364		1.375	
	Konzentrationschwäche	0.900	x	0.909		0.875	
Reizbarkeit/Unruhe	Reizbarkeit	1.050		1.045		1.065	
	Schlafllosigkeit	1.017	xx	1.023		1.000	
	Innere Unruhe	1.000		1.023		0.938	
Grübeln/Trauern	Grübeleien	1.033	x	0.795		1.313	xxx
	Trübe Gedanken	0.750	xx	0.614		1.125	x
	Neigung zum Weinen	0.433		0.227		1.100	xx
Verschiedene Störungen	Mangel an geschlecht- licher Erregbarkeit	1.183	xxx	1.091		1.275	
	Störungen b. Wasserlassen	1.167	/	1.023		1.565	
	Zuckreiz	1.100	/	1.200		0.813	
	Täuschungsgefühle i. Hän- den/Füßen	0.950	xx	0.955		0.875	
	Zittern	0.567	xx	0.745		0.525	
	Kurzatmigkeit	0.753	xxx	0.750		0.575	
	Schweregefühl/Müdigkeit i. Beinen	1.017		0.886		1.175	
Gelenk-, Gliederschmerzen	Gelenk-, Gliederschmerzen	0.933	x	0.750		1.325	xx
	Kreuz-, Rückenschmerzen	0.900		0.750		1.125	x
	Hacken-, Schulterschmerzen	0.817		0.856		1.125	xx

Erschöpfung/Konzentrationsstörungen

Der genannte Bereich enthält die Items "Rasche Erschöpfbarkeit", "Mattigkeit", "Müdigkeit", "Schwächegefühl", "Energielosigkeit" und die Items "Vergeßlichkeit" und "Konzentrationsschwäche". Die Mittelwerte liegen, außer bei "Energielosigkeit" (0.917) und "Konzentrationsschwäche" (0.900), alle zwischen "kaum" und "mäßig". Bis auf den Mittelwert des Items "Müdigkeit" sind die Mittelwerte aller Items im Teilbereich "Erschöpfung" hoch signifikant unterschiedlich zu den Mittelwerten der Normalpopulation.

Für das Item "Vergeßlichkeit" liegt kein Eichwert vor, bezüglich der "Konzentrationsschwäche" haben die Dialysepatienten signifikant höhere Beschwerden als die Eichpopulation. Zwischen Patienten und Patientinnen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Reizbarkeit/Unruhe

Dieser Bereich umfaßt Items, die eher Beschwerden im psychischen Bereich ansprechen, was auch schon beim vorhergehenden Bereich z.T. der Fall war. Im einzelnen sind die Items "Reizbarkeit", "Schlaflosigkeit" und "Innere Unruhe" enthalten. Alle Mittelwerte liegen knapp über "kaum", die Dialysepatienten unterscheiden sich jedoch nur hinsichtlich der "Schlaflosigkeit" signifikant von der Eichpopulation, die anderen Mittelwerte sind mit denen der Eichstichprobe nahezu identisch. Diese Beschwerden sind also nicht "typisch" für die Dialysepopulation. Auch hier bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Grübeln/Trauern

Hier sind die Items "Grübeleien", "Trübe Gedanken" und "Neigung zum Weinen" enthalten. Auch diese Items thematisieren den psychischen Bereich. Der Mittelwert des Items "Grübeleien" liegt knapp über "kaum", die der beiden anderen zwischen "gar nicht" und "kaum". Insgesamt sind die Mittelwerte dieses Bereiches also niedriger als die des Bereiches "Reizbarkeit/Unruhe". Die Dialy-

sepatienten beschwerten sich signifikant häufiger über "Grübeleien" und "Trübe Gedanken" als die Eichstichprobe.

Die Frauen der Stichprobe haben in allen Items signifikant höhere Werte als die Männer.

Verschiedene Störungen

Hier wurden die Beschwerden zusammengefaßt, die inhaltlich zum Teil aus verschiedenen Bereichen stammen, denen aber gemeinsam ist, daß sie als Beschwerden von Dialysepatienten in der Literatur immer wieder genannt werden.

Den höchsten Mittelwert hat das Item "Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit" ($\bar{x} = 1.183$), daß von den Dialysepatienten auch signifikant stärker als Beschwerde erlebt wird als von der Eichpopulation. Auch der Mittelwert des Items "Störungen beim Wasserlassen" liegt zwischen "kaum" und "mäßig". Für dieses Item wie auch für das Item "Juckreiz" ($\bar{x} = 1.100$) liegen keine Eichwerte vor, jedoch kann man wohl davon ausgehen, daß die Werte höher als die der Durchschnittsbevölkerung sind.

Signifikante Unterschiede zur Eichstichprobe bestehen bezüglich "Taubheitsgefühlen in Händen und/oder Füßen", "Zittern" und "Kurzatmigkeit". Die Mittelwerte der drei Items liegen alle zwischen "gar nicht" und "kaum".

Die Items dieses Bereichs sind bei den männlichen und weiblichen Patienten alle annähernd gleich stark ausgeprägt.

Gelenk-, Gliederschmerzen

Dieser Bereich umfaßt die Items "Schweregefühl/Müdigkeit der Beine", "Gelenk-, Gliederschmerzen", "Kreuz-, Rückenschmerzen" und "Nacken-, Schulterschmerzen". Alle Mittelwerte liegen in der Nähe von "kaum" entweder knapp darüber oder knapp darunter.

Nur die Beschwerde über "Gelenk-, Gliederschmerzen" ist signifikant höher als die der Eichstichprobe. Bis auf das Item "Schweregefühl/Müdigkeit der Beine" sind

alle Items bei den weiblichen Patienten signifikant höher als bei den männlichen.

Items, in denen sich männliche und weibliche Patienten signifikant unterscheiden (aber $\bar{x}$ nicht >1 oder signifikant höher als bei der Eichstichprobe)

Zum Abschluß seien hier noch die Items genannt, hinsichtlich der die männlichen Patienten signifikant höhere Werte haben als die weiblichen (Tab. 57).

Diese Items wurden keinem Bereich zugeordnet, weil sie eben für die Gesamtstichprobe aufgrund ihrer geringen Ausprägung keine Rolle spielen, und weil sie auch nicht signifikant höher als bei der Eichstichprobe liegen.

Die Mittelwerte liegen alle sehr niedrig, die Unterschiede zwischen den geschlechtsgetrennten Stichproben kommen nur zustande, weil die Items bei den weiblichen Patienten nur eine ganz minimale Ausprägung haben (In einem Fall sogar "gar nicht"). Im einzelnen handelt es sich um die Beschwerden "Kopfschmerzen", "Sodbrennen", "Durchfall" und "Anfallsweise Atemnot".

57 : Items der Beschwerdenlisten hinsichtlich der sich männliche und weibliche Patienten signifikant unterscheiden (aber $\bar{x}$ nicht >1 und nicht signifikant unterschiedlich zur Eichstichprobe)

Der Aufbau der Tabelle entspricht dem in Tab. 56

Item-Kurzbezeichnung	$\bar{x}$ Patienten gesamt	p	$\bar{x}$ Männ- liche Patienten	p	$\bar{x}$ Weib- liche Patienten	p
Kopfschmerzen	0.800		0.955	xx	0.375	
Sodbrennen	0.717		0.868	xx	0.250	
Durchfall	0.267	/	0.364	xx	0.000	
Anfallsweise Atemnot	0.317		0.386	x	0.125	

3.4.2.2. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und Art der Beschwerden

Nachdem die Gesamtstichprobe hinsichtlich der einzelnen Beschwerden beschrieben wurde, soll hier untersucht werden, ob es Beschwerden gibt, in denen sich die vier Cluster signifikant unterscheiden. Hierzu

wurden die Mittelwerte der einzelnen Items für die vier Patientengruppen mit der Varianzanalyse überprüft. Für die Items, hinsichtlich der sich signifikante Unterschiede ergeben hatten, wurde in einem weiteren Schritt mit dem T-Test der Unterschied zwischen jeweils 2 Clustern untersucht.

Eine Tabelle mit den Ergebnissen der Varianzanalyse für alle Items der Beschwerdenlisten befindet sich im Anhang (Tab. 6). Für die Items, in denen sich die Cluster signifikant unterscheiden wurden zusätzlich deren Mittelwerte und Streuungen, sowie die Ergebnisse der Varianzanalyse und des T-Test in einer Tabelle zusammengefaßt (Tab. 58). Nur diese sollen im folgenden Text erläutert werden. In Tabelle 58 werden die Items nicht nach ihrer Reihenfolge in den Beschwerdenlisten dargestellt, sondern entsprechend der in IV 3.4.2.1. bereits dargelegten Bereiche, zumal der Großteil der Items, die zu signifikanten Unterschieden zwischen den Clustern geführt haben, mit den dort genannten identisch ist.

Zusätzlich unterscheiden sich die vier Patientengruppen noch signifikant hinsichtlich der folgenden Items:

"Erbrechen", "Angstgefühl", "Lebensmüdigkeit", "Herzklopfen/Herzjagen", "Geschwollene Füße", "Gewichtsabnahme" und "Gleichgewichtsstörungen", die in der Darstellung den oben genannten Bereichen zugeordnet werden.

Es ergaben sich die folgenden signifikanten Ergebnisse:

Nahrungsbedürfnisse/Verdauung

Hier sind die Items "Übelkeit", "Appetitlosigkeit" und "Erbrechen" enthalten.

Die Reihenfolge der Cluster entspricht in allen Items der hinsichtlich ihrer Gesamtwerte in den Beschwerdenlisten. Allerdings unterscheidet sich Cluster 1 nur hinsichtlich der Beschwerde "Appetitlosigkeit" signifikant von Cluster 2, während sich Cluster 3 und 4 in allen Items signifikant von Cluster 2 unterscheiden.

Tab. 58 : Items der Beschwerdenlisten, nach Bereichen geordnet

Mittelwerte und Streuungen, sowie Ergebnisse der Varianzanalyse für Items, in denen sich die 4 Cluster signifikant unterscheiden
und
Ergebnisse des T-Tests für die Unterschiede zwischen jeweils 2 Clustern

Item-Kurzbezeichnung	Cluster-Bezeichnung	$\bar{x}$	s	Ergebnisse d. Varianzanalyse: Signifikanz	Vergleich	Ergebnisse d. T-Tests: Signifikanz
Übelkeit	Cluster 1	0.875	0.835	0.025 ^x	Cl.1 vs. Cl.2	0.287
	Cluster 2	1.200	0.513		Cl.1 vs. Cl.3	0.365
	Cluster 3	0.575	0.619		Cl.1 vs. Cl.4	0.121
	Cluster 4	0.415	0.615		Cl.2 vs. Cl.3	0.008 ^{xxx}
Appetitlosigkeit	Cluster 1	0.500	0.632	0.002 ^{xxx}	Cl.2 vs. Cl.4	0.015 ^x
	Cluster 2	1.300	1.059		Cl.3 vs. Cl.4	0.287
	Cluster 3	0.113	0.403		Cl.1 vs. Cl.2	0.050 ^x
	Cluster 4	0.500	0.707		Cl.1 vs. Cl.3	0.052 ^x
Erbrechen	Cluster 1	0.813	0.834	0.004 ^{xxx}	Cl.1 vs. Cl.4	1.000
	Cluster 2	1.200	0.632		Cl.2 vs. Cl.3	0.006 ^{xxx}
	Cluster 3	0.250	0.447		Cl.2 vs. Cl.4	0.031 ^x
	Cluster 4	0.445	0.704		Cl.3 vs. Cl.4	0.060
Überempfindlichkeit gegen Kälte	Cluster 1	1.438	1.030	0.079	Cl.1 vs. Cl.2	0.160
	Cluster 2	2.100	0.994		Cl.1 vs. Cl.3	0.022 ^x
	Cluster 3	0.938	0.997		Cl.1 vs. Cl.4	0.116
	Cluster 4	1.300	1.243		Cl.2 vs. Cl.3	0.301 ^{xxx}
Frieren	Cluster 1	1.000	0.816	0.056 ^x	Cl.2 vs. Cl.4	0.006 ^{xxx}
	Cluster 2	2.100	0.975		Cl.3 vs. Cl.4	0.403
	Cluster 3	1.313	1.014		Cl.1 vs. Cl.2	0.137
	Cluster 4	1.278	1.127		Cl.1 vs. Cl.3	0.199
Rasche Erschöpfbarkeit	Cluster 1	1.250	0.856	0.085	Cl.1 vs. Cl.4	0.369
	Cluster 2	2.100	0.994		Cl.2 vs. Cl.3	0.210 ^{xxx}
	Cluster 3	1.500	1.095		Cl.2 vs. Cl.4	0.167
	Cluster 4	1.056	1.161		Cl.3 vs. Cl.4	0.128
Müdigkeit	Cluster 1	1.063	0.680	0.013 ^x	Cl.1 vs. Cl.2	0.007 ^{xxx}
	Cluster 2	1.900	0.737		Cl.1 vs. Cl.3	0.371
	Cluster 3	1.063	0.771		Cl.1 vs. Cl.4	0.415
	Cluster 4	0.945	0.802		Cl.2 vs. Cl.3	0.051 ^x
Energieslosigkeit	Cluster 1	0.319	0.824	0.029 ^x	Cl.2 vs. Cl.4	0.033 ^x
	Cluster 2	1.200	0.827		Cl.3 vs. Cl.4	0.919
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl.1 vs. Cl.2	0.043 ^x
	Cluster 4	0.612	0.597		Cl.1 vs. Cl.3	0.500
	Cluster 1	0.319	0.824	0.029 ^x	Cl.1 vs. Cl.4	0.590
	Cluster 2	1.200	0.827		Cl.2 vs. Cl.3	0.159
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl.2 vs. Cl.4	0.014 ^x
	Cluster 4	0.612	0.597		Cl.3 vs. Cl.4	0.220
	Cluster 1	0.319	0.824	0.029 ^x	Cl.1 vs. Cl.2	0.008 ^{xxx}
	Cluster 2	1.200	0.827		Cl.1 vs. Cl.3	1.000
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl.1 vs. Cl.4	0.640
	Cluster 4	0.612	0.597		Cl.2 vs. Cl.3	0.008 ^{xxx}
	Cluster 1	0.319	0.824	0.029 ^x	Cl.2 vs. Cl.4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.200	0.827		Cl.3 vs. Cl.4	0.860
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl.1 vs. Cl.2	0.003 ^{xxx}
	Cluster 4	0.612	0.597		Cl.1 vs. Cl.3	0.431
	Cluster 1	0.319	0.824	0.029 ^x	Cl.1 vs. Cl.4	0.436
	Cluster 2	1.200	0.827		Cl.2 vs. Cl.3	0.102
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl.2 vs. Cl.4	0.001 ^{xxx}
	Cluster 4	0.612	0.597		Cl.3 vs. Cl.4	0.126

Tab. 58 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Cluster- Bezeich- nung	F	s	Ergebnisse d. Varianz- analyse: Signi- fikanz	Vergleich	Inter- nere Reliabilität: Cronbach's Koeffizient
Konzentrationschwäche	Cluster 1	0.875	0.613	0.000 ^{xxx}	Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.300	1.032		Cl. 1 vs. Cl. 3	1.000
	Cluster 3	0.375	0.306		Cl. 1 vs. Cl. 4	1.000
	Cluster 4	0.442	0.615		Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
					Cl. 2 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
Reizbarkeit	Cluster 1	0.875	0.717	0.000 ^{xxx}	Cl. 3 vs. Cl. 4	0.000
	Cluster 2	2.300	0.674		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.875	0.306		Cl. 1 vs. Cl. 3	1.000
	Cluster 4	0.667	0.767		Cl. 1 vs. Cl. 4	0.425
					Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
Innere Gespanntheit	Cluster 1	0.625	0.619	0.008 ^{xx}	Cl. 2 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.500	1.030		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.875	0.718		Cl. 1 vs. Cl. 3	0.542
	Cluster 4	0.500	0.618		Cl. 1 vs. Cl. 4	0.624
					Cl. 2 vs. Cl. 3	0.040 ^x
Angstgefühl	Cluster 1	0.438	0.629	0.000 ^{xxx}	Cl. 2 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.500	0.707		Cl. 3 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.438	0.629		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 4	0.112	0.323		Cl. 1 vs. Cl. 3	1.000
					Cl. 1 vs. Cl. 4	0.075 ^x
Grübeleien	Cluster 1	0.750	0.577	0.000 ^{xxx}	Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	2.400	0.599		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	1.000	0.816		Cl. 1 vs. Cl. 3	0.352
	Cluster 4	0.556	0.855		Cl. 1 vs. Cl. 4	0.230
					Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
Trübe Gedanken	Cluster 1	0.563	0.512	0.056 ^x	Cl. 3 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.800	0.918		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.563	0.892		Cl. 1 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
	Cluster 4	0.500	0.785		Cl. 1 vs. Cl. 4	0.845
					Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
Neigung zum Weinen	Cluster 1	0.313	0.478	0.017 ^x	Cl. 2 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.100	1.100		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.250	0.447		Cl. 1 vs. Cl. 3	0.705
	Cluster 4	0.334	0.767		Cl. 1 vs. Cl. 4	0.025
					Cl. 2 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
Lebensmüdigkeit	Cluster 1	0.183	0.403	0.000 ^{xxx}	Cl. 2 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 2	1.100	0.375		Cl. 3 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}
	Cluster 3	0.063	0.250		Cl. 1 vs. Cl. 2	0.000 ^{xxx}
	Cluster 4	0.000	0.000		Cl. 1 vs. Cl. 3	0.000 ^{xxx}
					Cl. 1 vs. Cl. 4	0.000 ^{xxx}

Tab. 58 : Fortsetzung

Item-Unterscheidung	Cluster- bezeich- nung	$\bar{x}$	s	Ergebnis- differenz- analyse: Signifi- kanz	Ver- gleich	Erge- bnisse u. -tests: Signifi- kanz
Taubheitsgefühle in Händen u. Füßen	Cluster 1	0.338	0.771	0.008 ^{xxx}	Cl.1 vs. Cl.2	0.055 /
	Cluster 2	1.500	0.956		Cl.1 vs. Cl.3	0.074 /
	Cluster 3	0.375	0.713		Cl.1 vs. Cl.4	0.589
	Cluster 4	1.112	1.022		Cl.2 vs. Cl.3	0.001 ^{xxx}
					Cl.2 vs. Cl.4	0.165
Herzklopfen/Herzjagen				0.067 /	Cl.3 vs. Cl.4	0.017 ^x
	Cluster 1	1.000	1.154		Cl.1 vs. Cl.2	0.072 /
	Cluster 2	1.700	0.674		Cl.1 vs. Cl.3	0.458
	Cluster 3	0.750	0.856		Cl.1 vs. Cl.4	0.498
	Cluster 4	0.778	0.942		Cl.2 vs. Cl.3	0.016 ^x
Geschwollene Füße				0.054 ^x	Cl.2 vs. Cl.4	0.017 ^x
	Cluster 1	0.500	0.720		Cl.3 vs. Cl.4	0.932
	Cluster 2	1.200	0.918		Cl.1 vs. Cl.2	0.021 ^x
	Cluster 3	0.438	0.629		Cl.1 vs. Cl.3	0.811
	Cluster 4	0.389	0.697		Cl.1 vs. Cl.4	0.659
Gewichtsabnahme				0.007 ^{xxx}	Cl.2 vs. Cl.3	0.012 ^x
					Cl.2 vs. Cl.4	0.007 ^{xxx}
					Cl.3 vs. Cl.4	0.946
	Cluster 1	0.683	1.014		Cl.1 vs. Cl.2	0.465
	Cluster 2	1.000	1.054		Cl.1 vs. Cl.3	0.068 /
Gleichgewichtsstörungen	Cluster 3	0.188	0.043	0.001 ^{xxx}	Cl.1 vs. Cl.4	0.043 ^x
	Cluster 4	0.112	0.323		Cl.2 vs. Cl.3	0.078 ^x
					Cl.2 vs. Cl.4	0.027 ^x
					Cl.3 vs. Cl.4	0.336
	Cluster 1	0.125	0.341		Cl.1 vs. Cl.2	0.041 ^x
Gelenk-, Gliederschmerzen	Cluster 2	1.100	1.286	0.013 ^x	Cl.1 vs. Cl.3	0.637
	Cluster 3	0.188	0.403		Cl.1 vs. Cl.4	0.463
	Cluster 4	0.223	0.427		Cl.2 vs. Cl.3	0.055 ^x
					Cl.2 vs. Cl.4	0.063 /
					Cl.3 vs. Cl.4	0.807
Kreuz- und Rückenschmerzen	Cluster 1	1.000	0.894	0.001 ^{xxx}	Cl.1 vs. Cl.2	0.026 ^x
	Cluster 2	1.900	1.100		Cl.1 vs. Cl.3	0.283
	Cluster 3	0.625	0.806		Cl.1 vs. Cl.4	0.512
	Cluster 4	0.778	1.114		Cl.2 vs. Cl.3	0.002 ^{xxx}
					Cl.2 vs. Cl.4	0.005 ^{xxx}
				0.001 ^{xxx}	Cl.3 vs. Cl.4	0.631
	Cluster 1	0.638	0.793		Cl.1 vs. Cl.2	0.021 ^{xxx}
	Cluster 2	1.900	1.197		Cl.1 vs. Cl.3	0.434
	Cluster 3	0.438	0.727		Cl.1 vs. Cl.4	0.409
	Cluster 4	0.945	0.937		Cl.2 vs. Cl.3	0.000 ^{xxx}
					Cl.2 vs. Cl.4	0.009 ^{xxx}
					Cl.3 vs. Cl.4	0.105

Cluster 3 liegt im Item "Appetitlosigkeit" signifikant günstiger als Cluster 1 und 4, hinsichtlich "Übelkeit" und "Erbrechen" signifikant besser als Cluster 1.

Frieren/Kälteempfindlichkeit

Dieser Bereich besteht hier aus den Items "Überempfindlichkeit gegen Kälte" und "Frieren".

Die Patienten des Cluster 3 beschwerten sich am wenigsten über "Überempfindlichkeit gegen Kälte", gefolgt von den Patienten des Cluster 1 und denen des Cluster 4. Die beiden letzten haben nahezu identische Mittelwerte. Auch hier haben die "passiven, grüblerischen Patienten" wieder das ungünstigste Ergebnis. Allerdings ist nur der Unterschied zwischen ihnen und den Patienten des Cluster 3 signifikant.

"Frieren" wird von den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" am wenigsten als Beschwerde empfunden, es folgen die Patienten des Cluster 4 und des Cluster 3; am meisten Beschwerden äußern auch hier die Patienten des Cluster 2. Hier sind die Unterschiede zwischen Cluster 2 und allen anderen Clustern signifikant. Die anderen Cluster sind untereinander nicht signifikant unterschiedlich.

Erschöpfung/Konzentrationsstörungen

Der Bereich konstituiert sich aus den Items "Rasche Erschöpfbarkeit", "Müdigkeit", "Energierlosigkeit" und "Konzentrationsschwäche".

In allen Items liegen die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" mit ihren Beschwerden am höchsten. An zweiter Stelle befindet sich Cluster 1, an dritter Cluster 3, bzw. beide haben den gleichen Mittelwert.

Bezüglich "Erschöpfbarkeit" und "Energierlosigkeit" unterscheiden sich nur Cluster 4 und 1 signifikant von Cluster 2, bezüglich der anderen Items auch Cluster 3.

Reizbarkeit/Unruhe

Hier sind die Items "Reizbarkeit", "Innere Gespanntheit" und "Angstgefühl" enthalten.

Auch hier haben die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden" Patienten in allen Items die geringsten Beschwerden, die "passiven, grüblerischen Patienten" die meisten. Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" liegen an zweiter Position, die "unkooperativen, burschikosen und verleugnenden Patienten" an dritter Stelle bzw. ihre Mittelwerte sind identisch.

In allen Items unterscheiden sich die Cluster 1, 3 und 4 signifikant von Cluster 2; hinsichtlich des Items "Angstgefühl" ist der Mittelwert des Cluster 4 so niedrig, daß es sich (annähernd: $p = 0.075$) signifikant auch von Cluster 1 und 3 unterscheidet.

Grübeleien/Trauern

Dieser Bereich besteht aus den Items "Grübeleien", "Trübe Gedanken", "Neigung zum Weinen" und "Lebensmüdigkeit". Außer im Item "Neigung zum Weinen", hier hat Cluster 3 das beste Ergebnis, liegen auch hier die Patienten des Cluster 4 mit ihrem Mittelwert am niedrigsten, die Patienten des Cluster 2 haben immer den höchsten Wert.

Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" liegen, außer im Item "Lebensmüdigkeit", wo sie die dritte Position einnehmen, immer auf dem zweiten Platz. Die Patienten des Cluster 3 haben im Item "Trübe Gedanken" den gleichen Mittelwert wie die zuvor genannten. Hinsichtlich aller Items besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Cluster 2 und allen anderen Clustern (p zum. < 0.1).

Zusätzlich unterscheidet sich Cluster 4 aufgrund seines extrem niedrigen Mittelwertes in dem Item "Lebensmüdigkeit" ($\bar{x} = 0.000$) noch signifikant von Cluster 1.

Verschiedene Störungen

Dieser Bereich umfaßt die Items "Taubheitsgefühle in Händen und Füßen", "Herzklopfen/Herzjagen", "Geschwollene Füße", "Gewichtsabnahme" und "Gleichgewichtsstörungen". In allen Items haben die "passiven und grüblerischen Patienten" die meisten Beschwerden.

Hinsichtlich "Taubheitsgefühlen" und "Herzklopfen/Herzjagen" haben die Patienten des Cluster 3 die wenigsten Beschwerden, an zweiter Stelle liegt einmal Cluster 1, einmal Cluster 4. Bezüglich des "Herzklopfens/Herzjagens" unterscheiden sich alle Cluster signifikant (zum. $p \leq 0.1$) von Cluster 2, hinsichtlich des Items "Taubheitsgefühle" nur Cluster 3 und 1. Zusätzlich sind noch die Unterschiede von Cluster 4 und 1 zu Cluster 3 signifikant (zum. $p \leq 0.1$).

Bezüglich "Geschwollene Füße" und "Gewichtsabnahme" äußern jeweils die Patienten des Cluster 4 die wenigsten Beschwerden, gefolgt von Cluster 3, dann von Cluster 1. Hinsichtlich des erstgenannten Items unterscheiden sich alle anderen Cluster jeweils signifikant von Cluster 2, hinsichtlich des zweiten nur Cluster 3 und 4. Cluster 1 hat hier vielmehr einen (zum. annähernd) signifikant höheren Mittelwert als Cluster 3 und 4. Die Beschwerde "Gleichgewichtsstörungen" wird am seltensten von den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" genannt, dicht gefolgt von Cluster 3 und 4. Alle Cluster unterscheiden sich jeweils signifikant von Cluster 2 (p zum. ≤ 0.1).

Gelenk-, Gliederschmerzen

Der Bereich besteht aus den Items "Gelenk-, Gliederschmerzen" und "Kreuz-, Rückenschmerzen". In beiden Items haben die Patienten des Cluster 2 die höchsten Mittelwerte und die Patienten des Cluster 3 die niedrigsten. Im erstgenannten Item liegt Cluster 4 an zweiter Stelle, im zweitgenannten Cluster 1. In beiden Items unterscheiden sich alle Cluster jeweils signifikant von Cluster 2.

3.4.3. Zusammenfassung und Diskussion

Die Patienten haben in den Beschwerdenlisten B-L und B-L', die sehr hoch miteinander korrelieren, Mittelwerte, die unter dem "fraglich abnormen" Bereich liegen. Männer und Frauen haben keine signifikant unterschiedlichen Werte, jedoch äußern die weiblichen Patienten in allen Listen mehr Beschwerden. Die Mittelwerte in B-L und B-L' liegen hochsignifikant höher als die der

Eichpopulation, aber auch hochsignifikant niedriger als die anderer klinischer Populationen, sowohl solcher mit somatischen wie mit psychiatrischen Erkrankungen. Am ähnlichsten sind sie noch einer Population mit somatischen Erkrankungen, ohne psychosomatische Störungen.

Folgende soziodemographischen Variablen zeigten signifikante Einflüsse: Heimdialysepatienten haben in allen Beschwerdenlisten bessere Ergebnisse als Limited-Care-Patienten. Patienten, die einen Transplantationsversuch hinter sich haben, haben signifikant mehr Beschwerden in B-L als Patienten, die sich einem solchen nicht unterzogen haben.

Die befragten Dialysepatienten äußern also, aus verständlichen Gründen, zwar mehr Beschwerden als die Gesamtbevölkerung, liegen aber hinsichtlich ihrer Mittelwerte signifikant niedriger als andere klinische Populationen. Ergebnisse anderer Populationen von Dialysepatienten liegen meines Wissens nicht vor.

Zur Erklärung dieser Ergebnisse kommen drei verschiedene Faktoren in Betracht. Soziale und ökonomische Bedingungen, die sich zumindest auf die Einschätzung der psychischen Befindlichkeit auswirken könnten, Unterschiede in Art und Intensität der somatischen Komplikationen und die Art des Bearbeitungsstils.

Inwieweit die günstigen sozialen und ökonomischen Bedingungen eine Auswirkung auf die Einschätzung des Befindens haben, kann nicht beantwortet werden, da diese für die anderen klinischen Populationen, die von v. ZERSSEN (1976) genannt wurden, nicht bekannt sind und Angaben über andere Stichproben von Dialysepatienten ganz fehlen. Es besteht aber zumindest die Möglichkeit, daß die gute berufliche Rehabilitation der Patienten und ihre günstige finanzielle Situation sich positiv auf die erlebte Intensität der Beschwerden auswirkt.

Vergleicht man die medizinisch-somatische Situation der Dialysepatienten mit der der anderen vorn erwähnten klinischen Populationen, wie z.B. Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, so ist es wahrscheinlich, daß die Belastung der Dialysepatienten aufgrund der

zahlreichen Komplikationen und der Dialyse-Therapie größer ist. Dies würde dafür sprechen, daß die Auseinandersetzungsstrategie der Dialysepatienten die entscheidende Variable ist, die ihre geringere Beschwerdenzahl bewirkt. Die Richtigkeit der Annahme, daß Dialysepatienten stärker somatisch belastet sind, kann aber ebenfalls aufgrund mangelnder Information nicht klar entschieden werden.

Zumindest die Tatsache, daß geringere somatische Belastungen zu einer niedrigeren Beschwerdenzahl führen, könnte man dadurch zu belegen versuchen, daß Heimdialysepatienten und solche, die keinen Transplantationsversuch hinter sich haben, signifikant bessere Ergebnisse haben als Limited-Care-Patienten bzw. Patienten ohne Transplantationsversuch. Von Heimdialysepatienten und solchen ohne Transplantationsversuch kann ja, wie in Abschnitt II 2. ausgeführt wurde, angenommen werden, daß ihr Gesundheitszustand besser ist. Dies konnte jedoch, wie die Ergebnisse in der LSK zeigen werden, in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Man könnte dann diese Ergebnisse eher als Beleg für den Einfluß der Art der Auseinandersetzungsstrategie heranziehen. Wie in Abschnitt III 2.1.3.2. festgestellt wurde, unterscheiden sich gerade Limited-Care- und Heimdialysepatienten und solche mit und ohne Transplantationsversuch signifikant in der Repression-Sensitizations-Skala. Limited-Care-Patienten und Patienten, bei denen der Versuch einer Transplantation mißlungen ist, verhalten sich mehr in Richtung "Sensitization". Dies spricht dafür, daß nicht das somatische Befinden, sondern die Art der Auseinandersetzung die wesentliche Rolle spielt.

Am deutlichsten wird dieser Tatbestand durch die Tatsache belegt, daß die Repression-Sensitizations-Skala mit allen Beschwerdenlisten hoch signifikant ($p = 0.000$) korreliert (siehe im Anhang Tab. 3).

Das Ausmaß der Beschwerden wird also neben den somatischen Faktoren stark durch die Auseinandersetzungs-

strategie der Patienten beeinflusst. Die Auseinandersetzungsstrategie der hier untersuchten Stichprobe wirkt sich dabei, wie es auch hinsichtlich anderer Kriterien bereits mehrfach festgestellt wurde, günstig aus.

Dies entspricht der von KROHNE (1975) aufgezeigten Tendenz, daß "Represser" (und die vorliegende Stichprobe liegt an der Grenze zu dieser Kategorie), zumindest über eine gewisse Zeit, Schmerzen besser aushalten können. Die Tatsache, daß die befragten Patienten keine "extremen" Verleugner sind, schlägt sich darin nieder, daß sie signifikant mehr Beschwerden äußern als die Durchschnittsbevölkerung.

Die weiblichen Patienten haben deutlich, aber nicht signifikant mehr Beschwerden als die männlichen. Ihre Eigenart, sich eher "grüblerisch" und im Handeln "abwartend-passiv" mit krankheitsbedingten Problemen auseinanderzusetzen, zeigt hier also ihre Auswirkung, ohne daß diese Unterschiede so deutlich ausfallen, wie es vielleicht erwartet werden konnte.

Die Tatsache, daß die Mittelwerte der Frauen auch in der Eichstichprobe höher sind, zeigt noch einmal, daß die Spezifik des Coping-Stils der Patientinnen nicht (zum. nicht allein), durch die Dialyse-Situation bedingt ist, sondern daß sich hier sozialisationsspezifische Einflüsse auswirken.

Die vier Cluster nehmen in B-L und B-L' die folgende Reihenfolge ein: Die Patienten des Cluster 3 haben das beste Ergebnis, gefolgt von Cluster 4, dann 1; Cluster 2 liegt wieder auf der ungünstigsten Position. Gegenüber den Ergebnissen in den bisher geschilderten "Erfolgskriterien" ist hier die Reihenfolge also zum Teil geändert. Unverändert ist, daß alle anderen Cluster sich jeweils signifikant von Cluster 2 unterscheiden.

Auch in B-L⁰ unterscheiden sich wieder alle anderen signifikant von Cluster 2, zusätzlich ist aber auch der Unterschied von Cluster 3 und 4 zu Cluster 1 signifikant. Weiterhin liegt in dieser Liste Cluster 4 auf dem ersten und Cluster 3 auf dem zweiten Platz.

Im Gegensatz zu den bisher dargestellten Ergebnissen ist die Reihenfolge der Cluster in der Beschwerden-Skala nicht so, wie sie erwartet wurde.

Aufgrund dieser Reihenfolge sieht es vielmehr so aus, als ob die auf Basis der Repressions-Sensitizations-Skala getroffene Einteilung der Patienten ausreichend sei, um ihren Anpassungs-Erfolg vorauszusagen. Nach dieser müßten ja Cluster 4 und 3 die besten Ergebnisse haben, Cluster 1 schlechter als diese beiden sein und Cluster 2 das ungünstigste Ergebnis haben. Dies trifft hier zu und die Tatsache, daß Cluster 4 und 3 sich ähnlicher sind als Cluster 4 und 1 spricht dafür, daß es aufgrund der Ergebnisse in den Beschwerden-Listen nicht nötig wäre, die Sonderform der Abwehr von Cluster 3 herauszustellen. Daß dieses Cluster in zwei der Listen sogar noch vor Cluster 4 liegt, kann zufallsbedingt sein. Die Tatsache, daß Cluster 1 in B-L^O sogar signifikant schlechter als Cluster 3 und 4 liegt, unterstützt die oben getroffene Aussage von der größeren Ähnlichkeit zwischen Cluster 3 und 4.

Die Erwartungen hinsichtlich der Effektivität der Auseinandersetzungsstrategien sind, was die Beschwerden-Listen angeht, also unzutreffend.

Intrapsychische Passivität und geringe Offenheit, egal ob sie mit zuwendender Aktivität und "positiver Verdeutlichung" einhergehen oder mit "Flucht/Abwarten" und dem Hervorheben negativer Aspekte, bewirken eine geringere Anzahl von Beschwerden. Sie sind, in einem Fall sogar signifikant, effektiver als ein "mittleres Maß" an Abwehr und der damit einhergehenden Eigenart, mögliche Aspekte in einem ausgeglichenen Verhältnis zu sehen und unterschiedliche Handlungsstrategien flexibel einzusetzen.

Demnach müßte die Intensität der Auseinandersetzung hinsichtlich der Anzahl von Beschwerden die ausschlaggebende Rolle spielen. Mit anderen Worten: Die Bereitschaft, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und sich anderen mitzuteilen ist der entscheidende Faktor,

nicht aber die inhaltliche Qualität der Auseinandersetzung. Dies kann aufgrund der Besonderheit der Cluster 3 und 4 in einem weiteren Teilbereich dessen, was insgesamt ihre Auseinandersetzungsstrategien konstituiert, noch besser verdeutlicht werden.

Diese Patienten sind, was die Mitteilungen an Ärzte und Pflegepersonal betrifft, insbesondere bezogen auf Gefühle, sehr zurückhaltend. Dies gilt in besonderem Maße für die "unkooperativen, burschikosen Patienten". Eventuell führt gerade diese Zurückhaltung gegenüber dem medizinischen Personal, dem die Interviewerin vermutlich weitgehend zugerechnet wurde, dazu, keine Beschwerden im direkt gesundheitsbezogenen Bereich zu äußern. Dies würde auch erklären, warum die Patienten des Cluster 3 in zwei der Listen sogar die geringste Anzahl von Beschwerden nennen.

Man sollte sich aber dann noch die Frage stellen, inwieweit die Mitteilung über die Beschwerden dem tatsächlichen Ausmaß des "Leidens" an diesen entspricht. Anders formuliert: Es könnte sein, daß die Patienten der Cluster 3 und 4 Beschwerden stärker empfinden, als sie es anderen gegenüber zugestehen. Es wäre dann besser, ein solches Kriterium nicht als Maßstab für das tatsächliche Befinden der Patienten heranzuziehen.

Falls man aber meint, daß die geäußerte Anzahl und Intensität von Beschwerden doch dem wirklichen Empfinden dieser Patienten entspricht, würde dies dafür sprechen, daß sich einzelne Aspekte der Auseinandersetzungsstrategien von Patienten auf verschiedene Bereiche unterschiedlich günstig auswirken und man differentielle Aussagen machen kann und sollte.

Welche der genannten Alternativen zutreffend ist, kann hier nicht entschieden werden. Die Beantwortung dieser Frage bedarf weiterer Untersuchungen.

Die Items, deren Mittelwerte bei den Dialysepatienten signifikant höher als bei der Eichpopulation und/oder höher als 1 = kaum lagen, wurden in Bereichen zusammengefaßt. Es wurden die folgenden Bereiche gefunden, in denen die Dialysepatienten stärker ausgeprägte

Beschwerden haben: "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung", "Frieren/Kälteempfindlichkeit", "Erschöpfung/Konzentrationsstörungen", "Reizbarkeit/Unruhe", "Grübeln/Trauern", "Gelenk- und Gliederschmerzen" und verschiedenen weitere Störungen, wie z.B. "Juckreiz", "Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit", "Störungen beim Wasserlassen". Bis auf einige Items in den Bereichen "Reizbarkeit/Unruhe" und "Gelenk-, Gliederschmerzen" sind alle Item-Mittelwerte signifikant höher als die der Eichstichprobe (Z.T. lagen keine Eichwerte vor, und zwar für die Items aus B-L⁰. Man kann aber davon ausgehen, daß diese Items höher ausgeprägt sind als bei der Durchschnittsbevölkerung, da die Mittelwerte sehr hoch sind). Die Frauen haben signifikant höhere Mittelwerte als die männlichen Patienten in den Bereichen "Frieren/Kälteempfindlichkeit", "Grübeln/Trauern" und "Gelenk- und Gliederschmerzen". Die Männer der Stichprobe haben in den folgenden Items signifikant höhere Mittelwerte als die weiblichen Patienten (Deren Mittelwerte liegen jedoch nicht signifikant höher als die der Eichstichprobe und sind auch nicht größer als 1): "Kopfschmerzen", "Sodbrennen", "Durchfall" und "Anfallsweise Atemnot".

Im folgenden soll diskutiert werden, ob die von den Dialysepatienten genannten somatischen Beschwerden als Resultat der durch die renale Grunderkrankung und die Dialysetherapie bedingten Komplikationen aufgefaßt werden können, oder ob als Ursache der Beschwerden streßbedingte Komplikationen angenommen werden sollten. (Im Abschnitt II 2.2.1. waren die bei Dialysepatienten häufig auftretenden Komplikationen und deren mögliche Ursachen dargestellt worden.)

Bezüglich der streßbedingten Komplikationen interessiert weiterhin, ob sie einem bestimmten Störungsmuster, mit anderen Worten, einer bestimmten Richtung der Abweichung von der vegetativen Normallage zugerechnet werden können. In III 1. "Erwartungen und Ziele" war ja die Annahme formuliert worden, daß bei den "aktiv-kämpferischen, positiv abwehrenden" Patienten, denen die Gesamtstichprobe in ihrem Verhalten wohl am meisten ähnelt, eher eine Überfunktion des Sympathikus zu finden ist. Für die Beschwerden im psychischen Bereich soll überprüft werden, ob sie mit dem übereinstimmen, was aufgrund der Ergebnisse in den Instrumenten zur Erhebung der Auseinandersetzungsstrategie der Patienten festgestellt wurde.

Im Bereich "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung" ist die hohe Ausprägung der Items "Starker Durst" und "Heißhunger" unmittelbar verständlich. Diese Beschwerden resultieren aus den Flüssigkeitsrestriktionen und Diätvorschriften, denen die Patienten unterworfen sind.

"Verstopfung", "Völlegefühl", "Übelkeit" und "Appetitlosigkeit" können zum einen durch die doch recht intensive medikamentöse Therapie der Patienten bedingt sein, der sich diese unterziehen müssen, um die ausgefallenen Funktionen der Niere zu ersetzen. Sie können aber auch durch Streßeinflüsse hervorgerufen werden. Die Kombination der Items weist dabei eher auf eine sympathikotone Fehlsteuerung hin. Durch eine sympathisch bedingte Unterfunktion der Verdauungsprozesse kommt es zu Appetitlosigkeit und zu verminderter Produktion von Magensäure, was wiederum ein zu langes Verweilen der Nahrung im Magen bedingt und damit Völlegefühl und Übelkeit verursacht. Die nicht ausreichende Tätigkeit des Darmes führt zu Verstopfung.

Die Items des Bereichs "Frieren/Kälteempfindlichkeit" können ebenfalls auf zwei Arten erklärt werden. Zum einen können "Frieren und Kälteempfindlichkeit" durch die körperliche Erschöpfung der Patienten bedingt sein. Diese wiederum resultiert zum einen aus der Belastung durch die Dialysetherapie selbst, durch Flüssigkeitsentzug und dem strapaziösen Austausch von Substanzen; zum anderen leiden Dialysepatienten, wie in II 2.2.1. ausgeführt, häufig unter einer Anämie, die sich in einem zu niedrigen Hämatokrit niederschlägt. Letzteres würde auch erklären, warum weibliche Patienten signifikant stärker unter Kälteempfindungen leiden. Wie aufgrund einer anderen Untersuchung der Patienten dieses Zentrums festgestellt wurde (GRAEFE et al., 1979) haben die Frauen signifikant niedrigere Hämatokritwerte. Diese Tendenz zeigte sich auch in der im Rahmen dieser Untersuchung eingesetzten "LSK" (siehe Abschnitt IV 3.5.). Zum anderen könnte die in-

tensive Beschwerde über "Frieren" auch durch das häufige Auftreten einer sympathisch bedingten Verengung der Blutgefäße in der Peripherie bedingt sein. (Diese Erklärung widerspricht allerdings der von JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978) formulierten Annahme, daß leichtes Frieren durch eine vagotone Überfunktion bedingt sei. Da diese ihre Annahme nicht erklären, kann dieser Widerspruch hier nicht gelöst werden.)

Der Bereich "Erschöpfung/Konzentrationsstörungen" enthält die Items "Rasche Erschöpfbarkeit", "Mattigkeit", "Müdigkeit", "Schwächegefühl", "Energierlosigkeit", "Vergeßlichkeit" und "Konzentrationsstörungen".

Dieser sehr stark ausgeprägte und aus vielen Items bestehende Bereich verdeutlicht sehr gut die doch sehr intensive physische Belastung der Dialysepatienten. Ihre subjektiv erlebte Erschöpfung und Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit hat sicher in starkem Maß ihre Ursache in den durch die Erkrankung veränderten Körperprozessen wie sie z.B. durch die Anhäufung urämischer Substanzen gegeben sind, aber auch durch den bereits angesprochenen zu niedrigen Hämatokritwert und durch die Dialysetherapie selbst.

Gefühle der Erschöpfung und der Energierlosigkeit sind eigentlich nicht das, was aufgrund der "aktiv-kämpferischen" Strategie der Patienten erwartet werden könnte. Vergeßlichkeit und Konzentrationsstörungen können dagegen schon eher als Resultat einer zustarken, sympathisch bedingten Anspannung und Verkrampfung verstanden werden. Die von den Patienten angegebene "Erschöpfung" kann dann entweder auf rein somatische Prozesse zurückgeführt werden, oder damit erklärt werden, daß zumindest zeitweise die sympathische Überfunktion von Stadien der "Erschöpfung" abgelöst wird, in denen die Überbeanspruchung der Regelungsprozesse zu einer Entregelung beider Bestandteile des vegetativen Nervensystems geführt hat und vagotone Prozesse zeitweise dominieren, wie es von JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978) erwartet wird.

Die Bereiche "Reizbarkeit/Unruhe" und "Grübeln/Trauern" beinhalten im Gegensatz zu den vorher genannten eine Bewertung von Beschwerden nur im psychischen Bereich. Hinsichtlich der relativ hoch ausgeprägten Items "Reizbarkeit", "Schlaflosigkeit" und "Innere Unruhe" unterscheiden sich die Dialysepatienten nur im Item "Schlaflosigkeit" signifikant von der Durchschnittsbevölkerung. Diese Angaben decken sich mit der Tatsache, daß die Patienten im Interview einen relativ zufriedenen und ausgeglichenen Eindruck machten. Sie können aber auch durch die Tendenz der Patienten, im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu reagieren, bedingt sein. Eventuell können sie eine solche Beschreibung für sich selbst nicht akzeptieren. Dies würde auch den höheren Mittelwert der eher sozial akzeptierten Variablen "Schlaflosigkeit" erklären. Gegen diese Annahme spricht, daß sie signifikant häufiger als die Eichstichprobe "Grübeln" und "Trübe Gedanken" angeben, Eigenschaften, die ebenfalls sozial unerwünscht sind.

Man kann wohl mit einiger Sicherheit davon ausgehen, daß sich die Patienten so beschreiben, wie sie sich tatsächlich empfinden.

Bedeutet das für den Bereich "Grübeln/Trauern", daß sich ihre Selbsteinschätzung nicht mit dem bei ihnen gefundenen Auseinandersetzungsstil deckt? Man muß dies verneinen, denn der Unterschied zur Eichpopulation wird durch die sehr stark erhöhten Werte der weiblichen Patienten verursacht, während die Ergebnisse der Männer nicht vom Mittelwert der Eichstichprobe abweichen. Damit stimmt die Selbstbeurteilung mit dem bei den Patientinnen festgestellten Stil-Eigentümlichkeiten überein, die ja durch eine erhöhte intrapsychische Auseinandersetzung und Offenheit vor allem gegenüber negativen, emotional belastenden Ereignissen gekennzeichnet ist.

Im Komplex "Verschiedene Störungen" wurden Items aus unterschiedlichen Bereichen zusammengefaßt.

Versucht man die erhöhten Mittelwerte der Items für die Dialysepatienten auf ihre Ursachen zurückzuführen, so ergibt sich folgendes:

Der "Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit", bzw. Störungen der Sexualfunktion werden in der Literatur über Dialysepatienten sehr häufig genannt. Als Ursache dieser Beschwerden werden sowohl Störungen im Bereich der Sexualhormone aufgrund des Ausfalls der Niere in ihrer Funktion als Regulationsinstanz für Hormone genannt, wie auch die Verschiebung des Hormonhaushaltes der Sexualhormone aufgrund von Streß, ohne daß dies eine der beiden Formen der Abweichungen von der vegetativen Normallage zugeordnet werden könnte.

Die Ursache für die Beschwerde "Störungen beim Wasserlassen" liegt auf der Hand und bedarf keiner Erläuterung.

"Taubheitsgefühle in Händen und Füßen" und "Zittern" können wohl den in Abschnitt II 2.2.1. beschriebenen, im Komplex der "Polyneuropathie" zusammengeschlossenen neurologischen Komplikationen in Form von Krämpfen, Mißempfindungen und Lähmungen, zugeordnet werden, die auf eine zu starke Anreicherung des Blutes mit harnpflichtigen Substanzen zurückgeführt wurden. "Zittern" könnte aber auch auf eine zu starke, sympathisch bedingte Aktivierung der Muskulatur zurückgeführt werden.

Für den von Dialysepatienten häufig genannten "Juckreiz" konnte bisher kein Substrat gefunden werden. In der Literatur wird auch Streß als mögliche Ursache angenommen, ohne daß dies auf eine sympathikotone oder vagotone Überfunktion zurückgeführt wurde. Das Auftreten dieser Störung bei den hier befragten Patienten würde dann dafür sprechen, daß auch diese auf ihre Krankheit streßhaft reagieren, ohne dies weiter differenzieren zu können. Es liegt jedoch kein Wert der Eichstichprobe vor, so daß nicht sicher ist, ob der Wert der Patienten tatsächlich signifikant erhöht ist.

Als Hintergrund für die Beschwerde der "Kurzatmigkeit" kann man die chronische toxische Belastung des Herzens durch die Störungen im Stoffwechsel und Elektrolythaushalt und durch die Dialyse selbst nennen, den durch den Ausfall der Niere erhöhten Blutdruck, wie auch die bei Dialysepatienten häufig auftretende Anämie, die zu mangelndem Sauerstofftransport führt.

Die Items des Bereichs "Gelenk- und Gliederschmerzen" sind, mit einer Ausnahme, nicht signifikant höher ausgeprägt als bei der Eichpopulation. Offensichtlich handelt es sich bei diesem Beschwerdenkomplex nicht um für Dialysepatienten typische Beschwerden; diese sind aber bei ihnen auch nicht geringer ausgeprägt als bei der Gesamtbevölkerung.

Nur das eigentliche Item "Gelenk- und Gliederschmerzen" liegt signifikant höher. Eventuell resultiert das daraus, das dort auch "Gelenk"-schmerzen angesprochen sind, die auf den bei Dialysepatienten häufig vorkommenden, auf der gestörten Kalziumregulation beruhenden Knochenschwund zurückgeführt werden können.

Warum die Patientinnen hier so viel schlechtere Ergebnisse haben, kann mit somatischen Prozessen nicht erklärt werden. Auch eine Erklärung auf Basis ihrer spezifischen Auseinandersetzungsstrategie fällt schwer. Weitere Untersuchungen müßten hier Klarheit schaffen.

Es wurden einige Items gefunden, in denen die männlichen Patienten die größeren Beschwerden haben. Es handelt sich um die Items "Kopfschmerzen", "Sodbrennen", "Durchfall" und "Anfallsweise Atemnot". Auch hier können die Unterschiede nicht auf somatische Prozesse bezogen werden. Alle vier Items sind Variablen, bei denen die Annahme von Streßeinflüssen sehr naheliegend ist. Zumindest hinsichtlich der letzten drei Items müßte eine Bedingtheit durch eine vagotone Überfunktion angenommen werden. Dies entspricht aber nicht den Besonderheiten der Auseinandersetzungsstrategie, wie er für die männlichen Patienten herausgearbeitet wurde. Auch hier müßten weitere Untersuchungen eine Erklärungsmöglichkeit liefern.

Insgesamt muß festgestellt werden, daß die Untersuchung der Arten der von den Patienten geäußerten Beschwerden nicht ganz die in sie gesetzten Erwartungen erfüllte. Es kann eine Übereinstimmung der Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich ihres psychischen Befindens mit ihrer Auseinandersetzungsstrategie festgestellt werden und es können auch die somatischen Beschwerden auf häufig bei Dialysepatienten auftretende Komplikationen bezogen werden. Wie erwartet weisen auch einige Beschwerden auf Streßeinflüsse hin, jedoch können diese nicht immer auf eine sympathikotone Abweichung von der vegetativen Normallage bezogen werden, wie es aufgrund der Auseinandersetzungsstrategie der Stichprobe erwartet wurde. Vielmehr muß in einigen Fällen eine "Erschöpfung" als Resultat der Überforderung des geregelten Zusammenspiels des vegetativen Nervensystems angenommen werden.

Damit können auch die Annahmen von HELHAMMER (1979) und JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978) über den Zusammenhang von Auseinandersetzungsstrategien und bestimmten, streßbedingten somatischen Beschwerden nicht eindeutig bestätigt werden.

Allerdings muß hier darauf hingewiesen werden, daß die methodische Erfassung für eine Beantwortung dieser Fragen im vorliegenden Falle unzureichend ist.

Zum einen handelt es sich bei den Beschwerden um "subjektiv" und nicht "objektiv" erhobene somatische Störungen und zum anderen ist die Kennzeichnung der Beschwerden wahrscheinlich auch zusätzlich vielfach zu ungenau, als daß man Unterscheidungen hinsichtlich "sympathikoton" oder "vagoton" bedingter Störungen treffen könnte. Es ist ja z.T. nicht einmal möglich, eindeutig zwischen "streßbedingten" und rein somatisch verursachten Beschwerden zu unterscheiden.

Es wäre sicher besser, auch physiologische Daten zu erheben, um die angenommenen vegetativen Prozesse belegen zu können.

Zum letzten könnte man auch annehmen, daß die Gesamtstichprobe zu heterogen zusammengesetzt ist, als daß sie wirklich eine der von HELLHAMMER oder JULI beschriebenen Gruppen repräsentieren könnte.

Dann müßte jedoch die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Auseinandersetzungsstrategie und streßbedingten somatischen Störungen bei den Clustern zu mehr Erfolg führen.

Die 23 Items, hinsichtlich der signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern gefunden werden konnten, entsprechen zum großen Teil denjenigen, in denen sich die Gesamtstichprobe der Dialysepatienten von der Eichpopulation unterscheidet. Sie wurden daher in den gleichen Bereichen zusammengefaßt und auch die 7 zusätzlich aufgenommenen Items diesen zugeordnet. Im wesentlichen befinden sich die Cluster hinsichtlich der einzelnen Beschwerden in der gleichen Reihenfolge, die aufgrund ihres Gesamtwertes in den Beschwerdenlisten erwartet werden konnte. Cluster 2 hat in allen Items das schlechteste Ergebnis, im Großteil der Fälle liegen Cluster 3 und 4 auf den beiden günstigsten Plätzen. Auch die Signifikanz der Unterschiede zwischen den Clustern entspricht im wesentlichen der, die hinsichtlich der Gesamtwerte in den Beschwerdenlisten gefunden wurde. Es wurden folgende Abweichungen hierzu gefunden: Cluster 3 hat besonders günstige Ergebnisse in den Items des Bereichs "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung". Es unterscheidet sich hinsichtlich der Beschwerden "Übelkeit", "Erbrechen" und "Appetitlosigkeit" nicht nur signifikant von Cluster 2, sondern auch von Cluster 1, hinsichtlich des letzten Items auch signifikant von Cluster 4. Signifikant besser als die Ergebnisse der Cluster 1 und 4 sind die des Cluster 3 auch im Item "Herzklopfen/Herzjagen" und "Taubheitsgefühle in Händen und Füßen". Dagegen sind die Ergebnisse der Patienten des Cluster 3 in den Beschwerden "Erschöpfbarkeit" und "Energielosigkeit" nicht signifikant besser als die des Cluster 2, also relativ ungünstig.

Cluster 1 hat im Bereich "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung" besonders schlechte Ergebnisse. Dort unterscheidet es sich hinsichtlich "Erbrechen" und "Übelkeit" nicht signifikant von Cluster 2, aber wie erwähnt, von Cluster 3. Weiterhin ist Cluster 1 auch hinsichtlich der Items "Gewichtsabnahme" und "Überempfindlichkeit gegen Kälte" nicht signifikant besser als Cluster 2.

Cluster 4 hat im Item "Angst" einen annähernd signifikant besseren Wert als Cluster 1 und 3, bezüglich der Beschwerde "Lebensmüdigkeit" liegt es signifikant besser als Cluster 1. Im Item "Überempfindlichkeit gegen Kälte" unterscheidet es sich wie Cluster 1 nicht signifikant von Cluster 2.

Im folgenden soll geprüft werden, ob sich die Beschwerden wie erwartet bestimmten "vegetativen Störungsmustern" zuordnen lassen und ob die Beschwerden im psychischen Bereich mit den Auseinandersetzungsstrategien übereinstimmen. Dies setzt zunächst voraus, die Beschwerden, hinsichtlich der die Patientengruppen sich signifikant unterscheiden, nach ihrer Zugehörigkeit zu "somatisch" bedingten, nach "durch Streß bedingten" sympathikotonen oder vagotonen Störungen oder nach solchen "im psychischen Bereich" zu ordnen. Die Schwierigkeit der sauberen Unterscheidung zumindest zwischen den beiden ersten Beschwerdengruppen war ja bereits bei der Beschreibung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe aufgezeigt worden. Zunächst sollen die Beschwerden, hinsichtlich der sich die Patientengruppen signifikant unterscheiden, noch einmal darauf hin untersucht werden, welche der oben angesprochenen Beschwerden-Bereiche sie zugehören.

Für die Items in den Bereichen "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung", "Frieren/Kälteempfindlichkeit" sowie "Erschöpfung/Konzentrationsstörungen" waren als mögliche Grundlage sowohl somatisch bedingte, wie auch durch Streß beeinflusste Komplikationen angenommen worden. Es konnte dabei nicht entschieden werden, welches die wesentlichen Einflüsse sind. Es soll hier jedoch noch einmal die Frage aufgeworfen werden, ob die Störungen in den beiden erstgenannten Bereichen tatsächlich, wie vorn geschehen, als durch eine sympathikotone, oder nicht besser durch eine vagotone Überfunktion erklärt werden können. Das neu angenommene Item "Erbrechen" wird von JULI et al. (1978) auf eine vagotone Überfunktion zurückgeführt und auch die beiden anderen Items "Übelkeit" und "Appetitlosigkeit" können letztlich auch durch eine Überfunktion der Magenfunktion zustande kommen. Diese Frage ist mit den hier eingesetzten Methoden nicht entscheidbar.

Für "Frieren" und "Kälteempfindlichkeit" war bereits vorn gesagt worden, daß JULI et al. keine sympathikotone, sondern eine vagotone Verursachung annehmen.

Alle weiteren Items des "somatischen Bereichs" können, wie das für "Taubheitsgefühle in Händen und Füßen" und die Items des Bereichs "Gelenk- und Gliederschmerzen" bereits geschehen ist, auf die renale Grunderkrankung zurückgeführt werden. Die neu aufgenommenen Items können folgendermaßen auf diese bezogen werden: Die Beschwerde "Herzklopfen/Herzjagen" kann auf die durch Störungen im Elektrolythaushalt bedingten Herzrhythmusstörungen zurückgeführt werden. "Geschwollene Füße" kann wohl durch die Flüssigkeitsansammlung im Körper im Dialyseintervall erklärt werden, "Gewichtsabnahme" durch den umgekehrten Prozeß. Durch jede Dialyse wird dem Körper der Patienten jeweils Flüssigkeit entzogen, was eine Gewichtsabnahme bedingt. "Gleichgewichtsstörungen" können, wie vorn ausgeführt, durch die Anreicherung des Blutes durch harnpflichtige Substanzen bedingt sein.

Die Beschwerden im psychischen Bereich umfassen zum einen die Items "Reizbarkeit", "innere Gespanntheit" und "Angstgefühl". Es steht zu erwarten, daß diese "Spannungsgefühle" am intensivsten bei den Patienten des Cluster 2 auftreten, bei denen des Cluster 4 am geringsten sind. Da die Patienten des Cluster 1 als am ausgeglichensten bezeichnet wurden, steht zu vermuten, daß die Patienten des Cluster 3 schlechtere Ergebnisse haben als diese und denen des Cluster 2 noch am ähnlichsten sind. Das würde mit der bei ihnen erwarteten "latenten Gereiztheit" übereinstimmen.

"Grübeleien", "Trübe Gedanken", "Neigung zum Weinen" und "Lebensmüdigkeit" sind Items, die bei den "grüblerischen" Patienten am stärksten, bei den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern" am geringsten ausgeprägt sein müßten. Auch hier ist fraglich, ob bei Cluster 3 oder 1 das bessere Ergebnis erwartet werden sollte.

Aufgrund der intensiveren intrapsychischen Auseinandersetzung könnte man erwarten, daß Cluster 1 das schlechtere Ergebnis hat. Dagegen spricht, daß diese viele positive Aspekte sehen und angenommen werden

kann, daß die intrapsychische Auseinandersetzung bei ihnen nicht die Qualität von "Grübeln" annimmt. Da bei den Patienten des Cluster 3 negative Aspekte dominieren, ist es wahrscheinlich, daß diese hier die schlechteren Ergebnisse haben als Cluster 1.

Da bei den Items des "rein somatischen" Bereichs Streß-einflüsse vermutlich keine Rolle spielen, sind die Unterschiede zwischen den Clustern entweder durch das tatsächliche Ausmaß der renalen Grunderkrankung bedingt, oder durch die Art ihrer Auseinandersetzungsstrategie beeinflußt. Da sich die Cluster in der vom Arzt ausgefüllten "Liste somatischer Kriterien" (siehe Abschnitt IV 3.5.) nur in drei Items signifikant unterscheiden, die mit den hier aufgeführten Beschwerden nicht identisch sind, muß angenommen werden, daß die Art der Auseinandersetzung die wesentliche Rolle spielt. Die Ergebnisse stimmen dann auch im wesentlichen mit dem überein, was aufgrund der Gesamtwerte der Cluster erwartet werden konnte. Dort war ja die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung und/oder die Offenheit gegenüber anderen als der wichtigste Faktor herausgestellt worden.

Cluster 3 hat demgemäß in den meisten Items die besten Ergebnisse, gefolgt von Cluster 4. Die Tatsache, daß Cluster 1 sich hinsichtlich des Items "Gewichtsabnahme" signifikant von Cluster 3 und 4 unterscheidet, unterstützt die oben getroffene Aussage noch. Da hier eine Gewichtsveränderung durch die Dialyse bei allen Patientengruppen angenommen werden muß, zeigt sich hier sehr deutlich das Ausmaß des Einflusses der Auseinandersetzungsstrategie. Warum sich Cluster 3 in zwei weiteren Items von Cluster 1 und 4 signifikant unterscheidet, kann mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden. Es könnte auch hier nur die Zurückhaltung der Patienten, sich gegenüber dem medizinischen Personal zu äußern als Erklärung herangezogen werden, die aber auch für alle anderen Items zutreffen müßte.

Die Items, bei denen die Möglichkeit einer Verursachung durch Streß angegeben worden war, ergeben keine eindeutigen Ergebnisse.

Eine Schwierigkeit hatte bereits darin bestanden, daß für die Items "Frieren" und "Kälteempfindlichkeit" nicht entschieden werden konnte, ob eine "sympathikotone" oder "vagotone" Überfunktion als Ursache angenommen werden muß. Eine Einschätzung ist aber auch noch dadurch erschwert, daß die Reihenfolge der Cluster in den zwei Items unterschiedlich ist, nur Cluster 2 befindet sich immer auf der ungünstigsten Position. Daraus könnte man einerseits schließen, daß "Kälteempfindlichkeit/Frieren" vagoton beeinflusst ist und sich die anderen Cluster hinsichtlich ihrer vegetativen Prozesse relativ ähnlich sind - ohne daß entschieden werden könnte, ob diese Prozesse eher dem "vegetativen Gleichgewicht" nahekommen oder ob "sympathikotone" Prozesse dominieren. Zum anderen könnte aber auch sein, daß sich hier wieder nur die Tendenz der Patienten des Cluster 2 niederschlägt, Einschränkungen am intensivsten zu empfinden und am offensten mitzuteilen, ohne daß Streßeinflüsse als Verursachungsfaktor eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse im Bereich "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung" zeigen dagegen eindeutig, daß Cluster 3 hier besonders wenig Beschwerden hat, die Patienten des Cluster 1 sich jedoch relativ schlecht fühlen.

Problematisch ist auch hier wieder, daß eine eindeutige Zuordnung der Störungen zu einer der beiden Abweichungsformen von der vegetativen Normallage aufgrund mangelnder Daten nicht möglich ist. Man kann auch hier lediglich vermuten, daß diese durch eine vagotone Überfunktion bedingt sind, da Cluster 2 die schlechtesten Ergebnisse hat. Dann müßte die Ähnlichkeit von Cluster 1 dadurch bedingt sein, daß auch bei diesem eher eine Abweichung in vagotoner Richtung vorliegt. Dies würde aber der im Bereich "Kälteempfindlichkeit/Frieren" getroffenen Aussage widersprechen,

es sei denn, man nehme an, daß die dort beschriebenen Störungen nicht streßbedingt sind, und ihrer unterschiedlichen Ausprägung Unterschiede der Einschätzung zugrunde liegen.

Geht man davon aus, daß die ungünstigen Ergebnisse des Cluster 1 im Bereich "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung" streßbedingt sind, müssen die vegetativen Prozesse denen des Cluster 2 ähneln.

Cluster 1 setzt sich nach Cluster 2 am intensivsten mit Problemen auseinander.

Man könnte daraus schließen, daß auch bei diesen Patienten häufiger eine "Orientierungsreaktion" in Gang gesetzt wird, die ja zu Beginn einer jeden Streß-Reaktion auftritt. Eine zu häufige Aktivierung dieser Prozesse kann, wie in II 1.4. ausführlich dargestellt, zu einer Überforderung der Anpassungsfähigkeit des Organismus führen und in einem "Stadium der Erschöpfung" enden, in dem dann psychosomatische Erkrankungen auftreten.

Die beiden anderen Cluster verhindern das Auftreten von Orientierungsprozessen ja durch ihre verleugnende Strategie. Es war angenommen worden, daß sie sich daher in einem "instabilen vegetativen Gleichgewicht" befinden, in dem sympathische Prozesse dominieren. Vielleicht ist ihre Strategie jedoch noch nicht so ausgeprägt, als daß dadurch krankmachende Abweichungen der vegetativen Prozesse von der Normallage zustande kommen. Daraus müßte aber abgeleitet werden, daß ihre Strategien, was die Auswirkung auf somatische Prozesse betrifft, günstiger ist als die von Cluster 1, zumindest im hier angesprochenen Bereich.

Dafür, daß in diesem Bereich die Höhe der Beschwerden zumindest nicht allein durch die unterschiedliche Einschätzung der Patienten zustande kommt, spricht, daß auch in der "LSK", die vom Arzt ausgefüllt wurde, in diesem Bereich ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten besteht. Darauf wird in Abschnitt IV 3.5. zurückgekommen.

In den Items "Energierlosigkeit" und "Erschöpfbarkeit" unterscheidet sich Cluster 3 dagegen nicht signifikant von Cluster 2, hat also ein relativ schlechtes Ergebnis.

Schließt man aus, daß dies durch eine Ähnlichkeit der vegetativen Prozesse von Cluster 3 und 2 bedingt ist, was durch die theoretischen Erwägungen, wie auch durch alle anderen Ergebnisse nahegelegt wird, so muß man dies Ergebnis durch Ähnlichkeiten innerhalb der Auseinandersetzungsstrategien der beiden Cluster zu erklären suchen. Diese ähneln sich am meisten hinsichtlich der Dimension des Handelns.

Cluster 2 ist von allen Clustern am passivsten und Cluster 3 ähnelt ihm hierin am meisten. Passivität scheint also mit einem Gefühl der Erschöpfung/Energierlosigkeit in Beziehung zu stehen.

Bezüglich der selbsteingeschätzten Spannung und Angst ist die Reihenfolge der Cluster so, wie es aufgrund ihrer Auseinandersetzungsstrategien erwartet wurde. Gleiches gilt auch für die Items des Bereichs "Grübeleien/Trauern". Allerdings sind die Mittelwerte der Cluster 3 und 1 fast immer nahezu identisch. Cluster 1 hat also nicht, wie erwartet, die besseren Ergebnisse; andererseits verdeutlicht dies aber doch, daß die abwehrende Strategie der Patienten des Cluster 3 zu deutlich anderen Empfindungen führt als die abwehrende Strategie der Patienten des Cluster 4. Die verschiedenen Ausformungen ihrer Abwehrstrategien haben also die erwarteten Auswirkungen. Passend ist auch, daß Cluster 4 signifikant weniger "Angst" angibt als Cluster 1 und 3. Gleiches gilt für das signifikant bessere Ergebnis des Cluster 4 gegenüber Cluster 3 im Item "Grübeleien" und gegenüber Cluster 1 im Item "Lebensmüdigkeit".

Die signifikant schlechteren Ergebnisse des Cluster 2 in allen Items dieses Bereichs stehen in deutlicher Übereinstimmung mit der bei ihnen beschriebenen Art, mit Problemen umzugehen und emotional auf diese zu reagieren.

Zusammenfassend kann man feststellen:

Im Bereich der "psychischen Beschwerden" könnten die Erwartungen weitgehend bestätigt werden, insbesondere auch die Richtigkeit der Unterscheidung der Strategie des Cluster 3 von der des Cluster 4.

Die Reihenfolge der Cluster in den Beschwerden-Items, die sich auf durch die renale Grunderkrankung bedingte Störungen beziehen, bestätigt das, was bei der Behandlung der Gesamtwerte der Cluster in den Beschwerdenlisten über die Effektivität der intrapsychischen Auseinandersetzung und/oder Offenheit gegenüber anderen ausgeführt worden war. Hinsichtlich der Beschwerden, die sich auf möglicherweise streßbedingte Komplikationen beziehen, kann keine eindeutige Beziehung zwischen Auseinandersetzungsstrategien und bestimmten vegetativen Funktionsstörungen festgestellt werden.

Dies hat verschiedene Ursachen. Die Cluster unterscheiden sich nur hinsichtlich weniger Items dieses Bereichs signifikant voneinander und für diese Items kann nicht sicher belegt werden, ob sie durch Streß, oder durch die renale Grunderkrankung bedingt sind. Auch ist jeweils nicht völlig klar, ob den angesprochenen Störungen eine vagotone oder sympathikotone Fehlregulation zugrunde liegt, was auch durch die unzureichende Differenziertheit der Items bedingt ist. Dazu kommt noch, daß der Einschätzungs-Prozeß der Patienten in alle Beschwerden eingeht und die Beantwortung der oben angesprochenen Fragen weiter kompliziert.

Streßbedingte Einflüsse können noch am ehesten für die Items des Bereichs "Nahrungsbedürfnisse/Verdauung" angenommen werden. Läßt man die mögliche Wirkung des "Einschätzungsprozesses" einmal außer acht, so würden die Ergebnisse dafür sprechen, daß Cluster 2 und auch 1 aufgrund ihrer häufigeren "Orientierungsreaktionen" eher unter einer vagotonen Überfunktion leiden, während Cluster 3 und 4 sich entgegen der Erwartung eher in einer "vegetativen Normallage" befinden; dies könnte dadurch bedingt sein, daß es sich bei ihnen noch

nicht um verfestigte und extrem ausgeprägte Strategien handelt, sondern um "Vorstufen". Die Ergebnisse im Bereich "Kälteempfindlichkeit/Frieren" würden dagegen nahelegen, daß Cluster 1 den Clustern 3 und 4 hinsichtlich der vegetativen Prozesse sehr ähnlich ist und nur bei Cluster 2 die Körperprozesse vom "vegetativen Gleichgewicht" abweichen .

Alle diese Aussagen sind aufgrund der oben angesprochenen Mängel in jedem Fall spekulativ. Bei weiteren Untersuchungen müßte eine Liste eingesetzt werden, die differenziertere Items umfaßt; auch die Hypothesen über die Richtung und Form der streßbedingten Abweichungen müßten präzisiert werden. Um die gefundenen Aussagen belegen zu können müßten physiologische Messungen durchgeführt werden. Außerdem sollten die streßbedingten Störungen nicht nur "subjektiv" sondern auch "objektiv" erhoben werden. Dies ist in gewissem Umfang auch im Rahmen dieser Arbeit bereits geschehen. Die gefundenen Ergebnisse werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.5. Liste somatischer Kriterien und die Erweiterung dieser Liste

Ein letzter Zugang zur Bestimmung dessen, was einen "erfolgreichen" Patienten ausmacht, wird über die Erfassung "objektiv vorhandener", d.h. von den Ärzten diagnostizierten, somatischen Veränderungen und Komplikationen versucht. Hier soll, im Gegensatz zu den in den Beschwerdenlisten erfaßten Störungen, das subjektive Moment auf Seiten der Patienten, ihr Bewertungsprozeß, ausgeklammert bleiben. Dies ist für die verschiedenen Störungen und Komplikationen in unterschiedlichem Ausmaß möglich. Daten, wie z.B. der Blutdruck, können genau gemessen werden. Dagegen wird die Beurteilung der Häufigkeit und Intensität von Kopfschmerzen durch den Arzt doch sehr durch das Erleben der Patienten und Art und Ausmaß ihrer Mitteilungen darüber beeinflußt. Hier wird zudem deutlich, daß auch der Arzt für einige Daten einen Ermessensspielraum hat. Dennoch kann man davon ausgehen, daß im Vergleich mit den Beschwerdenlisten die subjektiven Einflüsse auf die Liste somatischer Kriterien und deren Erweiterung geringer sind.

Interessant ist dann natürlich, inwieweit Häufigkeit und Intensität von Beschwerden mit der Ausprägung objektiv vorhandener Komplikationen und Störungen übereinstimmen. Dieser Frage soll zum Abschluß dieses Kapitels, durch Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Rohwerten der beiden Instrumente mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten, nachgegangen werden.

Zunächst wird aber das Verhalten der Gesamtstichprobe und der vier Cluster bezüglich der Häufigkeit, wie auch der Art von Komplikationen dargestellt werden.

3.5.1. Häufigkeit der Komplikationen

3.5.1.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und der geschlechtsgetrennten Stichprobe und Vergleich mit anderen Gruppen von Dialysepatienten

Für die Erweiterung der LSK (Liste somatischer Kriterien), die erst für diese Untersuchung konstruiert wurde, liegen keine Vergleichswerte vor. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt hier bei 31.667 (Tab. 59).

Auch für die LSK selbst liegen keine Testwertstatistiken vor. Jedoch veröffentlichten STRAUCH et al. (1977) Ergebnisse für verschiedene Gruppen von Dialysepatienten. Sie hatten für Patienten im Alter von 20 - 50 Jahren einen Mittelwert von 99 festgestellt, für solche von 51 - 72 Jahren einen Mittelwert von 124. Dialysepatienten mit "gutem körperlichen Allgemeinzustand" hatten einen Mittelwert von 97.5, solche mit einem schlechten einen Mittelwert von 139. Allerdings hatten sie die Daten jeweils nur für den Tag der Untersuchung erhoben, während bei dieser Arbeit die Anzahl der Komplikationen im Zeitraum des letzten halben Jahres, sowie für die "Meßwerte" die Mittelwerte über das letzte halbe Jahr berechnet wurden.

Die hier untersuchten Patienten haben in der LSK einen Mittelwert von 85.733, liegen also noch unter dem Mittelwert der Patienten mit "gutem körperlichen All-

Tab. 59 : Liste somatischer Kriterien und Erweiterung dieser Liste

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Bezeichnung	Insgesamt		Männer		Frauen		DF	T	Signif.
	x	s	x	s	x	s			
LSK-Gesamtwert	85.733	20.670	83.000	17.310	93.250	27.197	19.6	1.410	0.175
LSK-Erweiterungs-Gesamtwert	31.667	36.290	32.273	30.511	30.000	50.007	19.2	0.170	0.886

gemeinzustand" bzw. anders ausgedrückt, es befinden sich 76.7 % der Patienten unter dem genannten Mittelwert (Tab. 59).

Man kann also davon ausgehen, daß es den befragten Patienten somatisch relativ gut geht. Dies gilt um so mehr, als ja die Komplikationen des letzten halben Jahres in die Werte miteingegangen sind.

Die Mittelwerte der weiblichen Patienten liegen in der LSK etwas höher als die der männlichen Patienten, in der Erweiterung der LSK ist es umgekehrt, doch sind beide Unterschiede nicht signifikant.

LSK und LSK-Erweiterung korrelieren mit $r = 0.373$ mit einer Signifikanz von $p = 0.002$ miteinander. Sie messen also vermutlich Ähnliches.

3.5.1.2. Der Einfluß soziodemographischer Variablen

In der LSK zeigt die Art des Berufes der Erwerbstätigen einen signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit von Komplikationen. Ungelernte Arbeiter und Angestellte ohne Abitur haben weniger Störungen als Angestellte mit Abitur und Hochschulabschluß ($p = 0.010$).

Tendenziell zeigt auch das Alter einen Einfluß ($p = 0.123$). Die Gruppe der 31 - 45jährigen hat den niedrigsten Mittelwert, in geringem Abstand gefolgt von der Altersgruppe der 20 - 30jährigen. Am ungünstigsten liegen die Patienten im Alter von 46 - 59.

Die Berufstätigen haben weniger Komplikationen als die Nicht-Erwerbstätigen ($p = 0.379$).

In der Erweiterung der LSK sind für alle Items die p größer als 0.4.

3.5.1.3. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und der Häufigkeit von Komplikationen

Weder in der LSK, noch in deren Erweiterung bestehen signifikante Unterschiede zwischen den vier Patientengruppen ($p = 0.787$ bzw. 0.212 ; siehe Tab. 60 a + b und 61 a + b).

Tab. 60 : Rohwert der Liste somatischer Kriterien

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	32.250	14.364
Cluster 2	31.000	27.414
Cluster 3	33.750	34.113
Cluster 4	31.222	16.242

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	30.9	32.65	32.75	27.22
Chi-Quadrat:	1.060	Signifikanz: 0.787		

Tab. 61 : Rohwert der Erweiterung der Liste somatischer Kriterien

a) Mittelwerte und Standardabweichungen der 4 Cluster

	$\bar{x}$	s
Cluster 1	30.000	31.093
Cluster 2	37.100	67.372
Cluster 3	16.375	17.905
Cluster 4	31.611	21.836

b) Überprüfung der Unterschiede zwischen den Clustern mit dem Kruskal-Wallis-Test

Cluster	1	2	3	4
Mittlere Ränge	30.72	35.05	25.22	34.21
Chi-Quadrat:	4.502	Signifikanz: 0.212		

In der LSK haben die "handlungsorientierten, zufriedenen und verleugnenden Patienten" das beste Ergebnis, gefolgt von den "handlungsorientierten, reflektierten Patienten". An dritter Stelle liegen die "unkooperativen, burschikosen Patienten", in größerem Abstand zu den genannten Gruppen die Patienten des Cluster 2. Auch hier liegen diese also am ungünstigsten. Dies gilt auch für ihr Ergebnis in der Erweiterung der LSK. Auch dort haben die "passiven, grüblerischen

Patienten" den höchsten Mittelwert. Die Patienten des Cluster 1 nehmen auch hier den zweiten Platz ein. Die beiden Patientengruppen mit verleugnenden Stilen haben ihre Plätze getauscht. Hier befinden sich die Patienten des Cluster 3 an erster Position.

3.5.2. Art der vorkommenden Komplikationen

3.5.2.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt

In diesem Abschnitt soll aufgezeigt werden, welche Komplikationen bei den Patienten vorliegen, bzw. wie stark ihre Meßwerte verändert sind. Wie auch bereits die Items der Beschwerdenlisten sollen die Items der LSK und ihrer Erweiterung nicht nach ihrer Reihenfolge in den Fragebögen, sondern nach Bereichen getrennt und nach der Höhe ihres Vorkommens in der Stichprobe geordnet dargestellt werden.

Folgendes sei vorausgeschickt:

Ein großer Teil der Items wurde für alle Patienten gleich, nämlich mit "Nein" beantwortet, ein weiterer, ebenfalls großer Teil, wurde jeweils nur für einige wenige Patienten "positiv" beantwortet. Es kamen insgesamt also nur wenige Komplikationen vor, was ja auch durch die niedrigen Mittelwerte in den Gesamt-Listen verdeutlicht wurde. Anhand der verschiedenen Komplikationen kann man also kaum verschiedene Patientengruppen voneinander unterscheiden. So gab es zwischen männlichen und weiblichen Patienten dann auch keine signifikanten Unterschiede und auch die Cluster waren nur hinsichtlich dreier Items signifikant unterschiedlich.

Im Anhang in Tab. 7 werden alle Ergebnisse, auch getrennt nach Geschlecht, dargestellt. Dazu wurden sie in Bereichen zusammengefaßt. Folgende Bereiche wurden gefunden:

I Relevante Daten zur Kennzeichnung der Niereninsuffizienz

Hier befinden sich, mit Ausnahme des Items "bilateral nephrektomiert" nur Meßwerte, die bei jeder

Routineuntersuchung erhoben werden und die die Nierenfunktion, bzw. den "Erfolg" der Dialyse messen.

II Dysregulation des Kalziumhaushaltes

III Hypertonie

IV Kardiale Symptome

Bei II - IV handelt es sich um Störungsgruppen, die bei den Dialysepatienten zu den häufig auftretenden Komplikationen gehören. Welche Items jeweils einen Bereich ausmachen, kann Tab. 7 im Anhang entnommen werden.

V "Komplikationen"

Hier sind weitere, bei Dialysepatienten häufig zu findende Komplikationen zusammengefaßt, die z.T. wieder untereinander in Bezug stehen. Man hätte leicht weitere Untergruppen bilden können, worauf aber wegen des geringen Vorkommens der einzelnen Störungen verzichtet wurde.

In Tab. 62 befinden sich nur die Items (nach der Höhe ihrer Ausprägung/Häufigkeit geordnet), die nicht für alle Patienten mit "Nein" beantwortet wurden. Auf die getrennte Darstellung der Ergebnisse der männlichen und weiblichen Patienten wurde aufgrund der geringen Unterschiede verzichtet. Auch im Text werden nur größere Unterschiede erwähnt. Die Items sind in dieser Tabelle nach "Meßwerten" und "Komplikationen" getrennt aufgeführt, sie sollen danach geordnet, wie auch auf die oben beschriebenen Bereiche bezogen, im Text beschrieben werden.

Zunächst sollen die Ergebnisse in den Meßwerten, nach der Intensität ihrer Ausprägung geordnet, dargestellt werden:

Ein Großteil der Meßwerte dient der Kennzeichnung der Niereninsuffizienz (I).

Am ungünstigsten ist hier das Ergebnis der Patienten hinsichtlich der "Mittleren Restdiurese". Nur 1 Pa-

Tab. 62 : Items der Listen somatischer Kriterien: Getrennt nach

Komplikationen und Meßwerten

Häufigkeitsverteilung in der Gesamtschichtprobe, nach der Höhe der Ausprägung geordnet (Items, die für alle Vps mit "Nein" beantwortet wurden, werden nicht dargestellt)

Komplikationen:

Gewicht	Bezeichnung	N	%
2	Polyneuropathie (Nervenleitgeschw./Vibration)	30	50
3	Juckreiz	19	32
2	Leichte Herzdilatation	13	22
3	Sek. Hyperparathyreoidismus/röntgenologisch	12	20
4	Gefäßverkalkungen	11	18
3	Sek. Hyperparathyreoidismus/biochem. Zeichen	10	17
4	Shuntinfektion	6	10
5	Shuntverschluss	5	8
4	Magen-Darm-Beschwerden	5	8
2	Kopfschmerzen	4	7
4	Infektionskrankheiten	3	5
1	Fundus hypertonicus: Fundus I	3	5
6	Perikarditis	1	2
6	Pleuritis	1	2
5	Ulcus ventriculi	1	2

Meßwerte:

Gewicht	Bezeichnung	N	%
1	Mittlere Restdiurese	1	2
2	200 - 800ml/24h	9	15
3	< 200ml/24h	50	83
1	Durchschnittliche Gewichtszunahme im Dialyseintervall	2	3.3
2	< 1 kg	39	65.0
4	1 - 2 kg	17	28.3
5	2 - 3 kg	2	3.3
	> 3 kg		

Tab. 62 : Fortsetzung

Gewicht	Bezeichnung	N	%
1	Harnstoff, praedialytisch	6	10
3	130 - 180mg %	42	70
4	> 180mg %	12	20
2	Kreatinin, praedialytisch	10	17
3	12 - 18mg %	44	73
4	> 18mg %	6	10
1	Anämie/Hämatokrit	17	28.3
2	25 - 30 %	20	33.3
3	20 - 25 %	15	25.0
4	15 - 20 %	8	13.3
1	Diastolischer Druck	52	87
2	25 - 110mm Hg	8	13
1	Systolischer Druck	57	95
3	160 - 180mm Hg	2	3
4	180 - 210mm Hg	1	2
1	Hyperkaliämie, praedialytisch	60	100
4	Bilateral nephrektomiert	1	2

tient liegt hier im Grenzbereich des Normalen (>800 ml/24 h), 83 % liegen im ungünstigsten Bereich (<200 ml/24 h).

Nur 2 Patienten haben eine "Durchschnittliche Gewichtszunahme im Dialyseintervall", die unter 1 kg liegt. Dieser Wert ist mit dem Gesunder nicht vergleichbar, ist aber für Dialysepatienten der bestmögliche. Die nächste Kategorie "1 - 2 kg Gewichtszunahmen" trifft auf 65 % der Patienten zu, 2 - 3 kg nehmen 28.3 % und mehr als 3 kg 3.3 % der Patienten zu.

Die "Praedialytischen Harnstoffe" liegen bei 10 % der Patienten im unteren möglichen Bereich, die "Praedialytischen Kreatininwerte" bei 17 % der Patienten. Die nächste Ausprägungsstufe ist jeweils mit 70 bzw. 73 % der Patienten besetzt. Hinsichtlich der Kreatininwerte haben die weiblichen Patienten die besseren Ergebnisse. 38 % der Frauen, aber nur 9 % der Männer liegen im bestmöglichen Bereich. Die beiden Kategorien sind ebenfalls mit den Werten gesunder Personen nicht vergleichbar.

Der "Hämatokrit" liegt bei 28.3 % der Patienten im annähernd normalen Bereich von " >30 mg %", bei weiteren 33 % im zweiten Bereich. Die weiblichen Patienten haben hier ein etwas ungünstigeres Ergebnis. Nur 19 % gegenüber 32 % der Männer liegen im günstigsten der möglichen Bereiche.

Der diastolische Blutdruck liegt bei 87 % der Patienten im günstigsten, annähernd normalen Bereich, beim systolischen Druck sind es 95 %. Beide Items stammen im Gegensatz zu den vorher genannten nicht aus dem Bereich "Daten zur Kennzeichnung der Niereninsuffizienz", sondern aus dem Bereich "Hypertonie" (III).

Hinsichtlich der "Praedialytischen Hyperkaliämie" liegen alle Patienten im günstigsten, annähernd normalen Bereich.

Nur 1 Patient ist "bilateral nephrektomiert".

Hinsichtlich der "Komplikationen" ergaben sich die folgenden Ergebnisse:

Am häufigsten (50 %) ist bei den Patienten die "Nervenleitgeschwindigkeit/Vibration" gestört. Am zweithäufigsten kommt "Juckreiz" vor (32 %).

Vom Bereich "Kardiale Symptome" (IV) wurde nur die "Leichte Herzdilatation" bei 22 % der Patienten genannt. Männer haben diese etwas seltener (18 % versus 31 %).

Von den Komplikationen die durch die "Dysregulation des Kalziumhaushaltes" bedingt sind (II), kommen am häufigsten die "röntgenologischen Zeichen des Sekundären Hyperparathyreodismus" vor (20 %), dann die "biochemischen Zeichen des Sekundären Hyperparathyreodismus" (17 %).

"Gefäßverkalkungen" werden für 18 % der Patienten genannt. Die Patientinnen haben in allen Items die schlechteren Ergebnisse.

Ein "Fundus Hypertonicus" (Bereich III) wurde bei 12 % der Patienten festgestellt (nur Männer).

"Shuntinfektion" bzw. "Shuntverschluß" kommen bei 10 % bzw. 8 % der Befragten vor.

"Magen-Darm-Beschwerden" haben 8 % der Patienten, "Kopfschmerzen" 7 % (nur Männer) und "Infektionskrankheiten" 5 %. Hier ist zu beachten, daß diese drei Items, wie auch das Item "Juckreiz" mindestens 3 mal im letzten halben Jahr aufgetreten sein mußten, um mit "Ja" angekreuzt zu werden.

Von den schweren Komplikationen kamen "Perikarditis", "Pleuritis" und "Ulcus ventriculi" bei je einem Patienten vor. Alle anderen schweren Komplikationen, wie u.a. "Diabetes", alle Formen der "Hepatitis" und "Sepsis" waren bei keinem der Patienten im Zeitraum des letzten halben Jahres aufgetreten.

3.5.2.2. Die Beziehung zwischen Coping-Strategien und den Arten der Komplikationen

Auch für die Liste somatischer Kriterien und deren Erweiterung soll im folgenden eine Darstellung der Unterschiede zwischen den Clustern für die einzelnen Komplikationen erfolgen. Dabei wurden die Unterschiede, auch die zwischen jeweils zwei Clustern mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft.

Wie bei der Darstellung der Ergebnisse in den Beschwerdenlisten werden auch hier die Cluster nur hinsichtlich der signifikant unterschiedlichen Items ausführlich beschrieben, eine Liste mit den Chi-Quadrat-Werten und Signifikanzen für alle Items befindet sich in Tab. 8 im Anhang.

Signifikant unterscheiden sich die Cluster nur hinsichtlich der folgenden drei Items:

Anämie/Hämatokrit > 30 %

Dieser Wert liegt, relativ gesehen, im Normalbereich, eine Beantwortung mit "Ja" ist also positiv. Die Cluster unterscheiden sich hinsichtlich dieses Wertes mit einem p von 0.021 (Tab. 63).

Cluster 1 und 2 enthalten jeweils zu wenige Patienten im "Ja"-Bereich, Cluster 3 und 4 jeweils zu viele.

Nach der Reihenfolge der prozentualen Beantwortung mit "Ja" ergibt sich folgende Hierarchie: Cluster 4 (44.4 %), Cluster 3 (43.8 %), Cluster 2 (10.0 %) und Cluster 1 (6.3 %). Cluster 3 und 4 liegen also relativ gleich mit großem Abstand zu Cluster 2 und 1, die sich auch wieder relativ stark ähneln. Demgemäß sind auch die Unterschiede zwischen Cluster 3 und 4 jeweils zu Cluster 1 und 2 signifikant, nicht aber die zwischen Cluster 3 und 4 und die zwischen Cluster 1 und 2. Die Hämatokritwerte der Patienten aus Cluster 3 und 4 liegen also häufiger im Normalbereich als die der anderen beiden Patientengruppen.

Tab. 63: Anämie/ Hämatokrit größer 30 %

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %	Ja	Nein	Reihe total
Cluster			
1.	1 6.3 5.9	15 93.8 34.9	16 26.7
2.	1 10.0 5.9	9 90.0 20.9	10 16.7
3.	7 43.8 41.2	9 56.3 20.9	16 26.7
4.	8 44.4 47.1	10 55.6 23.3	18 30.0
Spalte total	17 28.3	43 71.7	60 100.0

Chi-Quadrat = 9.671 DF = 3 Signifikanz = 0.021^x

Shuntverschluß

Die Cluster unterscheiden sich mit einer Signifikanz von $p = 0.022$ (Tab. 64). Sowohl für Cluster 1, wie Cluster 2 kommt die Kategorie "Ja" zu häufig vor, für Cluster 3 und 4 zu selten. Prozentual gesehen hatten 12.5 % der Patienten aus Cluster 1 und 30 % der Patienten aus Cluster 2 im letzten halben Jahr vor der Untersuchung einen Shuntverschluß. Dies kam innerhalb des letzten halben Jahres vor der Untersuchung bei keinem Patienten der beiden anderen Gruppen vor. Alle anderen Cluster unterscheiden sich signifikant von Cluster 2. Der Unterschied von Cluster 3 bzw. 4 zu Cluster 1 ist nicht signifikant.

Magen-Darm-Beschwerden

Der Unterschied zwischen den Clustern ist mit einem $p = 0.048$ signifikant. Die Patienten der Cluster 1, 3 und 4 haben weniger Komplikationen, als zu erwarten wäre, die des Cluster 2 mehr (Tab. 65).

Aufgrund der prozentualen Verteilung ergab sich die folgende Reihenfolge: Cluster 3 (0 %), Cluster 4 (5.6 %),

Tab. 64 : Shuntverschluß

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %		Ja	Nein	Reihe total
Cluster	1.	2 12,5 40,0	14 87,5 25,5	16 26,7
	2.	3 30,0 60,0	7 70,0 12,7	10 16,7
	3.	0 0,0 0,0	16 100,0 29,1	16 26,7
	4.	0 0,0 0,0	18 100,0 32,7	18 26,7
Spalte total		5 8,3	55 91,7	60 100,0

Chi-Quadrat = 9,599

DF = 3

Signifikanz = 0,022^x

Tab. 65 : Magen-Darm-Beschwerden

Häufigkeitsverteilung und Prüfung der Verteilungsunterschiede der vier Cluster mit dem Chi-Quadrat-Verfahren

Anzahl Reihe % Spalte %		Ja	Nein	Reihe total
Cluster	1.	1 6,3 20,0	15 93,8 27,3	16 26,7
	2.	3 30,0 60,0	7 70,0 12,7	10 16,7
	3.	0 0,0 0,0	16 100,0 29,1	16 26,7
	4.	1 5,6 20,0	17 94,4 30,9	18 30,0
Spalte total		5 8,3	55 91,7	60 100,0

Chi-Quadrat = 7,872

DF = 3

Signifikanz = 0,048^x

Cluster 1 (6.3 %), an letzter Stelle Cluster 2 (30 %). Auch hier haben die Patienten des Cluster 2 also die häufigsten Beschwerden, die bei den Patienten der Cluster 1 und 4 sehr viel seltener, bei denen des Cluster 3 gar nicht vorkamen. Der Unterschied zu Cluster 2

ist für alle anderen Cluster signifikant. (Allerdings mußten Magen-Darm-Beschwerden im letzten halben Jahr 3 mal vorgekommen sein, um hier mit "Ja" beantwortet zu werden.)

3.5.3. Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Beschwerden und der Häufigkeit von "objektiv vorhandenen" Komplikationen

Zum Abschluß dieses Kapitels soll der Frage nachgegangen werden, ob Häufigkeit von Beschwerden und Häufigkeit von "objektiv vorhandenen" Komplikationen miteinander in Bezug stehen. Dazu wurden die Rohwerte der Beschwerdenlisten mit denen der LSK und deren Erweiterung korreliert. Wie Tab. 66 zeigt, bestehen zwischen den Werten der Beschwerdenlisten und denen der LSK keine signifikanten Zusammenhänge, wohl aber zwischen diesen und der Erweiterung der LSK.

Tab. 66 : Rohwerte der Beschwerdenlisten und LSK-Gesamtwerte
Überprüfung der Zusammenhänge mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten

	LSK-Gesamtwert		LSK-Erweiterungs-Gesamtwert	
	r	n	r	n
B-L = Rohwert	0.140	0.142	0.315	0.007 ^{xx}
B-L = Gesamtwert	0.147	0.114	0.456	0.000 ^{xxx}
B-L = Rohwert	0.001	0.496	0.325	0.006 ^{xx}

3.5.4. Zusammenfassung und Diskussion

Abweichend von der Reihenfolge der Darstellung im Ergebnisteil soll hier zunächst das Ergebnis der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Listen somatischer Kriterien und den Beschwerdenlisten, also der zuletzt dargelegte Punkt, diskutiert werden.

Die Korrelation der LSK und der LSK-Erweiterung mit den Beschwerdenlisten ergab im ersten Fall keine, bei der Erweiterung der Liste jedoch hoch signifikante Zusammenhänge.

Die Ursache dieses Unterschiedes liegt wohl darin, daß in die LSK, wie von ihren Autoren beabsichtigt, nur Befunde eingehen, die objektiv erhoben werden können, zu einem beträchtlichen Teil sogar aus Meßwerten bestehen, deren Abweichungen vom Normalwert sich nicht in körperlichen Leiden niederschlagen müssen.

Dagegen enthält die Erweiterung der Liste viele "subjektive Beschwerden", wie z.B. "Juckreiz" oder "Kopfschmerzen", deren Erhebung sowohl vom Erleben des Patienten und seiner Mitteilung an den Arzt, wie auch vom Bewertungsprozeß des Arztes abhängig ist.

Subjektive Prozesse, vor allem die "Offenheit der Patienten gegenüber sich und anderen" spielen jedoch auch bei den Beschwerdenlisten eine wesentliche Rolle, wie vorn festgestellt wurde. Die Übereinstimmung zwischen den Beschwerdenlisten und der Erweiterung der LSK liegt also vermutlich hier begründet. Diese Annahme wird durch die Tatsache gestützt, daß die Erweiterung der LSK (nicht aber die LSK) annähernd signifikant mit der Repression-Sensitizations-Skala korreliert ($p = 0.099$; siehe Tab. 3 im Anhang). Die Korrelation der LSK-Erweiterung mit der R-S-Skala könnte aber auch so interpretiert werden, daß mit zunehmend höherem Wert in der R-S-Skala die Häufigkeit streßbedingter Komplikationen steigt. Welche Annahme richtig ist kann aufgrund der vorgelegten Daten nicht entschieden werden.

Die Dialysepatienten haben in der LSK einen Mittelwert, den man als sehr günstig bezeichnen kann, Obgleich in dieser Untersuchung die Komplikationen im letzten halben Jahr aufgenommen wurden, liegt ihr Mittelwert noch unter dem von Patienten "mit gutem körperlichen Allgemeinzustand", der von STRAUCH et al. (1977) veröffentlicht wurde, in den nur die jeweiligen Komplikationen zum Zeitpunkt der Untersuchung eingingen. Zwischen männlichen und weiblichen Patienten treten keine signifikanten Unterschiede auf.

Nur eine soziodemographische Variable zeigt einen signifikanten Zusammenhang. Ungelernte Arbeiter und Angestellte ohne Abitur haben weniger Komplikationen als Facharbeiter und Angestellte mit Abitur und Hochschulabschluß.

Im Vergleich zu anderen Dialysepatienten befindet sich die hier befragte Stichprobe nach ihrem Ergebnis in der LSK in einem guten körperlichen Zustand, wie es die gute berufliche Rehabilitation der Patienten voraussetzt und erwarten ließ. Ihre günstigen Ergebnisse in anderen "Erfolgskriterien" haben unter anderem sicher hier eine Basis.

Im Gegensatz zur LSK-Erweiterung, enthält die LSK nur Befunde, die objektiv feststellbar sind, da nach Ansicht der Autoren (STRAUCH et al., 1977) subjektive Beschwerden kein geeignetes Mittel sind, den somatischen Zustand dieser Patienten suffizient zu erfassen. Die niedrige Korrelation der LSK mit den Beschwerdenlisten und der Repression-Sensitizations-Skala belegt, daß subjektive Einflüsse tatsächlich keinen oder kaum Niederschlag finden.

Gleichzeitig handelt es sich bei den von der LSK erfaßten Komplikationen um solche, die mit größter Wahrscheinlichkeit durch die renale Grunderkrankung bedingt, und nicht aufgrund von Streßeinflüssen entstanden sind.

Unter diesen beiden Voraussetzungen kann man davon ausgehen, daß der günstige Auseinandersetzungsstil der Patienten hier keine Rolle spielt. Der gute körperliche Zustand kann dann vielleicht durch die folgenden Faktoren erklärt werden: Zum einen handelt es sich bei der Stichprobe um Heimdialyse- und Limited-Care-Patienten. In diese Settings werden meist schon zu Beginn nur solche Patienten aufgenommen, die sich in einem guten Allgemeinzustand befinden. Als weiteren Grund kann man das niedrige Alter der Patienten anführen. 82 % sind unter 51 Jahre alt und entsprechen damit der von STRAUCH et al. definierten Gruppe der "Jüngeren", die in der LSK einen signifikant günstigeren Wert hatten als die Gruppe der 51 - 72jährigen. Keiner der Befragten ist über 60 Jahre.

Die Tatsache, daß von den erwerbstätigen Patienten die in Arbeiterberufen tätigen bzw. Angestellte ohne

Abitur bessere Ergebnisse haben, als Angestellte mit Abitur oder Hochschulabschluß, läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß die erstgenannten in ihrem Beruf häufiger körperlich arbeiten müssen und, wenn ihre körperliche Leistungsfähigkeit nachläßt, daher eher berentet werden. Dafür spricht, daß diese Patienten tatsächlich signifikant häufiger berentet sind als die aus den anderen Berufsbereichen.

Daß Männer und Frauen sich in der LSK kaum voneinander unterscheiden zeigt, daß ihr somatischer Zustand sehr ähnlich ist. Unterschiede in anderen "Erfolgskriterien" (z.B. werden im Arzt-Rating der Zufriedenheit die männlichen Patienten mit einem $p = 0.083$ signifikant zufriedener eingeschätzt), müssen dann auf andere Einflüsse zurückgeführt werden.

Wider Erwarten zeigte sich kein Unterschied zwischen Limited-Care- und Hemodialysepatienten. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung scheint das Dialyse-Setting eher mit psychischen als mit somatischen Faktoren in Beziehung zu stehen.

Von den 11 Items der Erweiterungs-Liste der LSK sprechen 7 Komplikationen an, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch Streßfaktoren zumindest mitbedingt sind.

Diese wurden bewußt aufgenommen, um die vorn formulierten Erwartungen über den Zusammenhang zwischen Streß, Streßverarbeitung und somatischen Erkrankungen überprüfen zu können. Wie bereits angesprochen haben diese Items den Nachteil, daß sie zum großen Teil nicht "objektiv" erhoben werden können, sondern daß sie durch das Empfinden der Patienten, ihre Art der Mitteilung und den Bewertungsprozeß des Arztes vermittelt sind. Da aber gerade diese Komplikationen für die Fragestellung der Arbeit interessant sind, sollte auf ihre Erfassung nicht verzichtet werden. Auf die dadurch entstehenden Probleme wird später noch eingegangen werden.

Ein Vergleichswert für die Erweiterungs-Liste liegt nicht vor, aber die geringe Häufigkeit der einzelnen

Komplikationen in der Stichprobe spricht dafür, daß auch dieser Wert recht günstig ist. Was über den positiven Einfluß des Dialyse-Settings und das Alter auf das Ergebnis in der LSK gesagt wurde, ist sicher auch hier zutreffend. Zusätzlich ist zu vermuten, daß die Auseinandersetzungsstrategie der Patienten zum einen dem Entstehen streßbedingter somatischer Störungen vorbeugt, zum anderen aber auch mit sich bringt, daß vielleicht auftretende Komplikationen "nicht wahrgenommen" oder auch dem Arzt nicht mitgeteilt werden. Auch hier ist das Ergebnis der männlichen und weiblichen Patienten nahezu identisch. Dies spricht dafür, daß die Patienten sich tatsächlich in einem ähnlichen somatischen Allgemeinzustand befinden, zeigt aber auch, daß die besondere Art der Patientinnen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen hier keine Auswirkung hat. Die Patientinnen hatten unter anderem einen signifikant höheren Mittelwert in der Skala "Internale-Externale-Kontrolle", jedoch zeigt sich hier kein Zusammenhang zu vermehrt auftretenden psychosomatischen Erkrankungen.

Limited-Care- und Heimdialyse-Patienten unterscheiden sich auch hier nicht signifikant voneinander.

Weder in der LSK noch in der Erweiterungs-Liste bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Clustern.

Cluster 2 nimmt in beiden Listen die ungünstigste Position ein, Cluster 1 liegt jeweils auf dem zweiten Platz. In der LSK hat Cluster 4 das beste Ergebnis, in der Erweiterung Cluster 3.

Die Tatsache, daß in der LSK keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern bestehen, spricht dafür, (zumal auch die Unterschiede in der Erweiterungs-Liste nicht signifikant sind) daß der somatische Zustand der Patientengruppen nahezu gleich ist. Die unterschiedlichen Auseinandersetzungsstrategien der Cluster spielen für das Ergebnis in der LSK, wie ausgeführt, keine Rolle.

Die Reihenfolge der Cluster in der LSK, sofern man sie nicht als ausschließlich zufallsbedingt auffaßt,

mag durch das durchschnittlich niedrigere Alter der Patienten der Cluster 1 und 4 mitbedingt sein.

Die Unterschiede der vier Patientengruppen bezüglich der eigenen Einschätzung und der durch den Arzt, hinsichtlich Beruhigungsmittelverbrauch und Beschwerden, müssen also auf ihre unterschiedlichen Arten, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen, zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse der Cluster in der Erweiterungs-Liste sind schwieriger zu interpretieren. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen den, daß sich diese Liste nicht ausschließlich aus Items zusammensetzt, die streßbedingte Komplikationen erfassen. Zum anderen kann bei den möglicherweise streßbedingten zusätzlich nicht ausgeschlossen werden, daß sie nicht doch durch die renale Grunderkrankung zumindest mitbedingt sind.

Geht man davon aus, daß ein Großteil der Items streßbedingte Komplikationen erfaßt, so bleibt noch die Frage offen, inwieweit hier die Art der Patienten, diese zu erleben und mitzuteilen, eine wesentliche Rolle spielt. Außer den "Shunt-Komplikationen" können alle anderen "streßbedingten" Komplikationen nur indirekt vom Arzt aus den Mitteilungen der Patienten erschlossen werden.

Die Tatsache, daß sich die Patienten in dieser Liste nicht signifikant unterscheiden, kann also zum einen durch die oben genannten Gründe bedingt sein. Zum anderen ist auch möglich, daß die Auseinandersetzungsstrategien der Patientengruppen nicht so ausgeprägt sind, als daß sie sich auf die Körperfunktionen signifikant unterschiedlich auswirken würden. Diese Möglichkeit war ja bereits bei der Darstellung der Beschwerdenlisten angesprochen worden. Bei den Strategien von Cluster 3 und 4 handelt es sich um "Vorstufen", nicht aber um "pathologische" Abweichungen. Welche der Annahmen zutreffend ist, kann hier nicht entschieden werden.

Betrachtet man die gefundene Reihenfolge der Cluster als nicht nur zufallsbedingt und verzichtet aus diesem Grund nicht auf deren Interpretation, ergeben sich die gleichen Probleme wie oben: Es kann nicht sicher entschieden werden, ob die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" tatsächlich aufgrund ihrer Strategie die wenigsten streßbedingten Komplikationen aufweisen, oder ob sich hier wieder ihre Eigenart, sich mit der Krankheit nicht auseinanderzusetzen und insbesondere sich dem Arzt nicht mitzuteilen, niederschlägt. Für letzteres spricht, daß sich Cluster 1 und 4 hier relativ ähnlich sind, was aus der Besonderheit des Cluster 3, sich Ärzten und Pflegepersonal nicht mitzuteilen eher erklärt werden kann als aus der Annahme einer größeren Übereinstimmung der vegetativen Prozesse von Cluster 1 und 4.

Die Frage, ob es aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse sinnvoll ist, die Strategie des Cluster 3, im Gegensatz zu den Ergebnissen der Repression-Sensitizations-Skala, von der der "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" abzugrenzen, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Die fehlende Signifikanz der Unterschiede spricht ja dafür, die Gruppen gar nicht zu unterscheiden. Bezieht man sich nur auf die Reihenfolge der Cluster, so widerspricht das Ergebnis sowohl den Erwartungen, die dieser Arbeit zugrund liegen, wie auch dem, was aufgrund der R-S-Skala erwartet werden konnte. Cluster 3 ist besser, als aufgrund der theoretischen Ausführungen dieser Arbeit erwartet, Cluster 1 besser, als die R-S-Skala es nahelegt. Aufgrund der größeren Differenziertheit der Cluster-Einteilung zugrundegelegten Dimensionen kann das Verhalten des Cluster 3 aber besser erklärt werden.

Die Erwartungen über den unterschiedlichen "Erfolg" der Cluster können also nicht bestätigt werden, was auch, wie oben ausgeführt, aus methodischen Mängeln rühren kann. Zu den genannten Mängeln kommt noch der, daß ein Großteil der Störungen mindestens drei mal

aufgetreten sein mußte, um als "Komplikation" aufgenommen zu werden, was zu einer Nivellierung der Unterschiede zwischen den Clustern beiträgt.

All dies spricht dafür, in künftigen Untersuchungen bei den Patienten zusätzlich Parameter der Streßreaktion zu messen, um eindeutige Ergebnisse zu erhalten.

Sieht man von diesen Mängeln ab und nimmt an, daß die Ergebnisse die tatsächlichen Unterschiede zwischen den Clustern hinsichtlich der Häufigkeit streßbedingter Komplikationen angeben, so muß man feststellen, daß die Strategien nicht so verschieden sind, als daß sich dies im unterschiedlichen Ausmaß somatischer Störungen niederschlagen würde, bezüglich der Reihenfolge der Cluster die "unkooperativen, burschikosen" Patienten wider Erwarten besonders gute Ergebnisse haben.

Weiterhin wurde wie bei den Items der Beschwerdenlisten auch hier versucht, die Art der Komplikationen der Patienten zu Bereichen zusammenzufassen und zu schauen, wo bei ihnen besonders Probleme vorliegen. Es wurden die folgenden Bereiche festgesetzt: "Relevante Daten zur Kennzeichnung der Niereninsuffizienz", "Dysregulation des Kalziumhaushaltes", "Hypertonie", "Kardiale Symptome" und "Komplikationen".

Im Bereich "Komplikationen" sind neben anderen die Items enthalten, die möglicherweise streßbedingte Störungen erfassen. Nur deren Ergebnisse sollen hier zusammengefaßt dargestellt werden, da nur diese psychologisch relevant sind. Die anderen Ergebnisse sind von rein medizinischem Interesse und sollen daher auch nicht ausführlicher kommentiert werden. Sie wurden in diese Arbeit nur aufgenommen, um zu prüfen, ob die Patientengruppen hinsichtlich der Ausprägung der renaln Grunderkrankung vergleichbar sind; weiterhin deswegen, um ihre Häufigkeit und Intensität von der streßbedingter Komplikationen unterscheiden zu können und um medizinisch Interessierten einen Einblick zu geben.

Die streßbedingten Komplikationen kommen im Vergleich zu den auf der organischen Grunderkrankung beruhenden relativ selten vor. Am häufigsten tritt "Juckreiz" auf, nämlich bei 32 % der Patienten. Alle anderen Komplikationen dieser Art sind seltener als die "rein organischen". "Shuntinfektionen" und "Shuntverschluß" kommen bei 8 bzw. 10 % der Patienten vor, "Magen-Darmbeschwerden" ebenfalls bei 8 %. "Kopfschmerzen" haben 7 % der Patienten und "Infektionskrankheiten" 5 %.

Ein "Dysäquilibrium" trat bei keinem Patienten auf, ebenso kein "Ulcus duodeni" und nur bei einem Patienten ein "Ulcus ventriculi". In keinem der Items der beiden Listen bestehen signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

Auf eine Diskussion der "rein organisch" bedingten Komplikationen soll aus den oben ausgeführten Gründen verzichtet werden. Eine ähnliche Aufstellung der Komplikationen wurde von BARTON (1976) in Anlehnung an eine von KENNEDY et al. (1969) entwickelte Liste für 16 Heimdialysepatienten veröffentlicht. Medizinisch Interessierte seien zum Vergleich auf diese Arbeit verwiesen. Allgemein kann man festhalten, daß die hier untersuchte Stichprobe in etwa je einem Drittel der Items gleiche, bessere oder schlechtere Ergebnisse hat, als die von BARTON untersuchten Patienten, sofern man diese Daten unter methodischen Gesichtspunkten einander gleichsetzen darf. Insgesamt ist der somatische Zustand der beiden Stichproben aber wohl ähnlich, nur hinsichtlich der einzelnen Störungen verschoben. Dies stimmt mit der Feststellung von BARTON überein, daß sein Kollektiv medizinisch gut rehabilitiert ist. Gleiches gilt ja auch für die hier untersuchte Stichprobe.

Im Vergleich der beiden Stichprobe hinsichtlich der "streßbedingten Komplikationen" ergibt sich für die im Rahmen dieser Arbeit befragten Patienten ein sehr günstiges Bild. In der Untersuchung von BARTON haben 87.5 % der Patienten "Juckreiz", 6.25 % "Shunt-Komplikationen", "fast alle" "Magen-Darm-Beschwerden", 50 % der Patienten "Kopfschmerzen" und ebenso viele "Infektionskrankheiten". Für die restlichen Items liegen keine Vergleichswerte vor. Mit Ausnahme der "Shunt-Komplikationen" haben die hier befragten Patienten ein weitaus günstigeres Ergebnis. Dies jedoch nur auf die Effektivität des von ihnen eingesetzten Auseinandersetzung-Stils zurückzuführen wird durch folgendes in Frage gestellt:

BARTON erhielt diese Daten durch direkte Befragung der Patienten über ihre Erfahrungen seit dem letzten halben Jahr bzw. seit Beginn der Dialyse-Behandlung (im längsten Fall seit 52 Monaten); das subjektive Empfinden der Patienten geht in diese Daten also sehr stark mit ein. Dagegen mußten bei der vorliegenden Untersuchung alle Komplikationen außer "Shuntinfektion" und "Shuntverschluß" im letzten halben Jahr bei Routine-Untersuchungen mindestens 3 mal festgestellt worden sein, um aufgenommen zu werden. Die Relevanz, die der behandelte Arzt diesen Daten zuschreibt, geht als intervenierende Variable also sehr stark mit ein. Weiterhin muß auch offen bleiben (dies gilt allerdings ebenso für die Ergebnisse von BARTON), ob die Patienten aufgrund ihrer Strategie tatsächlich weniger streßbedingte Komplikationen haben oder diese nur weniger häufig mitteilen.

Aufgrund all dieser Einschränkungen ist eine objektive Aussage über den Zusammenhang zwischen der Auseinandersetzungsstrategie der Patienten und der Häufigkeit von streßbedingten Komplikationen nicht möglich. Es kann nur vermutet werden, daß die Strategie der Patienten "aktiv" und "positiv abwehrend" mit den krankheitsbedingten Problemen umzugehen eine günstige Wirkung hat.

Inwieweit dies aber nicht nur auf eine übereinstimmende Eigenschaft von Arzt und Patienten beruht, solche Komplikationen "auszuklammern" kann nicht entschieden werden.

Die Frage danach, ob die eingesetzte Auseinandersetzungsstrategie der befragten Stichprobe zu Komplikationen führt, die eher durch eine sympathikotone Überfunktion bedingt sind, kann außer auf Grund der oben erwähnten methodischen Mängel auch deshalb nicht beantwortet werden, weil die Items der Erweiterungs-Liste hier zu undifferenziert sind.

In einem weiteren Schritt wurde auch hier überprüft, ob es Komplikationen oder Meßwerte gibt, hinsichtlich der sich die verschiedenen Cluster signifikant unterscheiden. Es wurden drei Items gefunden, auf die das zutrifft. Die vier Patientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Variablen "Anämie/Hämatokrit", "Shuntverschluß" und "Magen-Darm-Beschwerden". Cluster 2 nimmt bei allen Variablen den ungünstigsten Platz ein, auf dem dritten Platz liegt Cluster 1. Cluster 4 liegt im Item "Hämatokrit" auf dem ersten Platz, Cluster 3 im Item "Magen-Darm-Beschwerden", bezüglich des Items "Shuntverschluß" ist ihr Ergebnis gleich. Hinsichtlich der Variable "Hämatokrit" sind die Cluster 3 und 4 signifikant besser als die Cluster 1 und 2, die relativ dicht beieinander liegen. Hinsichtlich der beiden anderen Variablen unterscheiden sich Cluster 3, 4 und 1 jeweils signifikant von Cluster 2.

Zwei der drei Items, hinsichtlich der sich die Cluster signifikant unterscheiden erfassen "streßbedingte" Komplikationen. Nicht streßbedingt ist mit großer Wahrscheinlichkeit der Hämatokrit. Der signifikant schlechtere Hämatokritwert der Patienten der Cluster 1 und 2 ist vermutlich dadurch bedingt, daß sich in Cluster 1 die jüngsten Patienten, in Cluster 2 die meisten weiblichen Patienten befinden. Beide Gruppen sollen nach einer Untersuchung von GRAEFE et al.(1979) die schlechtesten Hämatokritwerte haben. Dies konnte für die weiblichen Patienten dieser Stichprobe auch in der Tendenz bestätigt werden. Die Auseinandersetzungsstrategie der Patienten spielt hier wohl keine Rolle.

Zumindest in zwei der möglicherweise streßbedingten Komplikationen, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zur Auseinandersetzungsstrategie. Die besondere Art der Patienten des Cluster 2, mit ihren Problemen umzugehen erweist sich dabei als diejenige, die tatsächlich psychosomatische Störungen bewirkt. HELLHAMMER (1979) hatte bei passiven, grüblerischen Patienten vermehrt Ulcera im oberen Verdauungstrakt gefunden. Eventuell könnte man die "Magen-Darm-Beschwerden" als deren Vorläufer auffassen.

Die in der Dialyse- und Streß-Literatur häufig formulierte Annahme, daß "Abwehr" effektiv ist, findet also durch das negative Resultat der "grübelnden" Pa-

tienten zumindest hinsichtlich zweier Komplikationen ihre Bestätigung.

Es bleibt jedoch noch die Frage offen, ob ein ausgeprägteres oder ein "mittleres Maß" an Abwehr effektiver ist und ob, wie es im Rahmen dieser Arbeit als Problem aufgeworfen wurde, "positive" oder "negative" Abwehr günstigere Auswirkungen hat.

Es zeigt sich, daß die Cluster 1, 3 und 4 sich in keinem der beiden Items signifikant voneinander unterscheiden (nur jeweils alle von Cluster 2), die Unterschiede zwischen ihnen hinsichtlich "Magen-Darm-Beschwerden" sogar minimal sind, Cluster 3 aber, was die Reihenfolge der Cluster betrifft, wider Erwarten hier ein besseres Ergebnis hat als Cluster 1.

Die Ergebnisse entsprechen dem Gesamt-Ergebnis in der LSK-Erweiterung und können daher auch entsprechend interpretiert werden:

Die Tatsache, daß sich Cluster 1, trotz signifikant größerer Offenheit, nicht signifikant von Cluster 4 unterscheidet, spricht dafür, daß ein "mittleres Ausmaß" an Abwehr, insbesondere wenn es mit einem Überwiegen positiver Aspekte und Aktivität im Handlungsbereich verbunden ist, nicht zu mehr somatischen Komplikationen führt. Lediglich die besondere Ausprägungsform der Patienten des Cluster 2 ist also ungünstig.

Weiterhin legt das Ergebnis nahe, daß die Auseinandersetzungsstrategien der Patienten der Cluster 3 und 4, die ja auch als "Vorstufen" bezeichnet wurden, noch nicht so ausgeprägt sind, als daß sie als pathologisch bezeichnet werden müßten und sie sich daher auch noch nicht negativ auf die Körperfunktionen auswirken. Diese "Erfolgskriterien" sind durch die Auseinandersetzungsstrategie sicher schwerer zu beeinflussen als etwa der "Beruhigungsmittelverbrauch" oder die "Bewertung durch den Arzt".

Es war ja angenommen worden, daß diese Patientengruppen aufgrund ihrer Abwehr "Orientierungsreaktionen" ver-

hindern, daß ihre einseitige Form der Auseinandersetzung jedoch eine Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts in eine sympathikotone Richtung bewirkt. Bei diesen Patienten scheint sich diese "Verschiebung" jedoch noch im Rahmen des vegetativen Gleichgewichts zu befinden.

Hinsichtlich der "Magen-Darm-Beschwerden" kann dieser Prozeß noch durch das "Erleben" der Patienten und die Art ihrer Mitteilung an den Arzt überlagert sein, da diese Beschwerden nicht "objektiv" erhoben werden können.

Dadurch läßt sich hier vielleicht auch die Tatsache erklären, daß Cluster 3 das beste Ergebnis hat.

Die "Shuntverschlüsse" können dagegen "objektiv" diagnostiziert werden; die Art der Patienten-Mitteilung und die Arzt-Bewertung spielen daher hier vermutlich keine Rolle. Das etwas schlechtere Ergebnis der Patienten des Cluster 1 kann dann nur dadurch erklärt werden, daß die größere Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung, hinsichtlich der diese den Patienten des Cluster 2 am meisten ähneln und die daher hier die wesentliche Dimension sein muß, durch die damit einhergehenden Orientierungsreaktionen zu häufigeren Streßreaktionen führt. Dies würde dann bedeuten, daß die Strategien der Abwehr sowohl von Cluster 4 wie auch 3, sofern sie in dem dort festgestellten Intensitätsbereich bleiben für das vegetative Gleichgewicht am effektivsten sind. Diese Annahmen werden jedoch nur durch die Reihenfolge der Cluster gestützt. Die Signifikanzen der Ergebnisse sprechen dafür, daß die Auseinandersetzungsstrategien der Cluster 1, 3 und 4, was die Auswirkung auf psychosomatische Komplikationen betrifft, gleich günstig sind.

Für den Bereich streßbedingter Komplikationen kann zusammenfassend gesagt werden, daß aus methodischen Mängeln die aufgestellten Erwartungen nicht zufriedenstellend geprüft werden können, vermutlich aber nur

die Strategie des Cluster 2 zu psychosomatischen Störungen führt.

Eine Differenzierung der Störungen nach ihrer Bedingtheit durch eine sympathikotone oder vagotone Überfunktion und deren Zuordnung zu den verschiedenen Auseinandersetzungsstrategien ist aufgrund der mangelnden Differenziertheit der Items nicht möglich.

KAPITEL V ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION HINSICHTLICH MÖGLICHER PRÄVENTIONS- BZW. THERAPIE- STRATEGIEN

Ein wesentliches Ziel dieser Arbeit ist es, therapeutische Konsequenzen aus den Ergebnissen der Untersuchung abzuleiten. Voraussetzung hierfür ist, festzustellen, welche der von den Patienten eingesetzten Strategien am effektivsten ist und diese als zu erreichenden Endpunkt therapeutischer und/oder präventiver Bemühungen festzusetzen.

In Abschnitt III 1. "Erwartungen und Ziele" waren einige Annahmen über Eigenart und Effektivität verschiedener Strategien formuliert und deren Richtigkeit im Rahmen der jeweiligen Diskussion zu Ende der verschiedenen Abschnitte des Ergebnis-Teils bereits überprüft worden.

In der Streß- und Dialyse-Literatur wird häufig nur die Effektivität einer Dimension, nämlich der "Abwehr" als relevant angesehen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte dagegen in einigen Punkten gezeigt werden, daß die Hinzunahme weiterer Dimensionen, wie z.B. "Handeln", "Realitätsangemessenheit" und die von "spezifisch menschlichen Dimensionen" sinnvoll ist. Eine Erweiterung stellt auch die Feststellung dar, daß es zwei verschiedene Formen der "Abwehr" gibt. Eine ist mit "positiver", die andere mit "negativer Verdeutlichung" verbunden und sie stehen darüber hinaus mit verschiedenen Ausprägungen der Handlungs-Dimension in Beziehung.

Die in der Literatur häufig formulierte Frage, wie sie z.B. auch von GAUS und KÖHLE (1979 b) aufgeworfen wird, ob eine Verstärkung oder Abschwächung der Abwehrfunktion therapeutisch sinnvoller ist, muß also in jedem Fall um die Frage nach der Effektivität der vorn angesprochenen zusätzlichen Dimensionen erweitert werden.

Trotzdem ist der von GAUS und KÖHLE angesprochene Konflikt für Arzt und Pflegepersonal, wie auch für den

eventuell hinzugezogenen Psychotherapeuten von großer Relevanz: Wie weit soll der Patient über die Konsequenzen seiner Krankheit aufgeklärt werden; zerstört man die Hoffnung und damit den Lebensmut der Patienten, wenn man ihnen zu viele Informationen gibt? Sollten Arzt, Pflegepersonal und Psychotherapeut dem Patienten Gelegenheit geben, über Konflikte und emotional belastende Probleme zu reden oder sollte man versuchen, diese "zuzudecken" um dadurch den Patienten zu "stabilisieren"? GAUS und KÖHLE (1979 b) sprechen hier von dem "Weg zwischen Scylla und Charybdis". Sie befürchten bei einer Verstärkung der Abwehrfunktionen eine innerseelische Verödung und Verarmung der sozialen Beziehungen, bei einer Schwächung der Abwehr jedoch das Auftreten von Ängsten und eine mögliche Symptomverschlechterung.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen nicht die Effektivität nur einer Strategie, sondern sie müssen etwas differenzierter interpretiert werden. Sie sollen hier noch einmal kurz in einem Überblick zusammengefaßt werden.

Zunächst soll noch einmal daran erinnert werden, daß sich die Patientengruppen, wie das Ergebnis in der LSK ergab, hinsichtlich der durch die Erkrankung der Nieren bedingten Komplikationen nur minimal voneinander unterscheiden. Auch hinsichtlich vermutlich streßbedingter Komplikationen bestehen nur hinsichtlich zweier Items signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Das unterschiedlich gute Abschneiden der Cluster hinsichtlich anderer "Erfolgskriterien" ist also vermutlich nicht auf das unterschiedliche Ausmaß von Komplikationen, sondern auf ihre spezifischen Arten der Auseinandersetzung zurückzuführen.

Bei den Kriterien, die eher das "psychische Befinden" erfassen (Bewertung der Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung durch die Patienten selbst und durch den Arzt; Einnahme von Tranquillizern) scheinen andere Dimensionen für die effektive Bewältigung die wesentliche Rolle zu spielen als

bei denen, die eher den "somatischen Zustand" messen (Beschwerden der Patienten; vom Arzt diagnostizierte Komplikationen).

Die Häufigkeit der Beschwerden ist im wesentlichen von der Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung und der Offenheit gegenüber anderen, insbesondere gegenüber dem medizinischen Personal abhängig. Der Bewertungsprozeß, mit anderen Worten, die Art der vornehmlich gesehenen Aspekte ist von keiner so großen Relevanz, auch nicht die Art der vorherrschend eingesetzten Handlungsstrategien. Problematisch ist, inwiefern tatsächlich die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung eine Rolle spielt, oder ob in Wirklichkeit nur die Bereitschaft mit anderen, insbesondere mit Ärzten und Pflegepersonal, über Komplikationen und Probleme zu reden die entscheidende Variable ist.

In jedem Fall ist ein "mittleres Maß" an Abwehr nur in einem Fall signifikant weniger effektiv als die beiden Strategien der Abwehr. Nur ein extremes "Grübeln", bei dem negative Aspekte im Vordergrund stehen und das mit Passivität im Handeln einhergeht, führt zu vielen Beschwerden. Ein "Reflektieren" von Problemen, durch das die verschiedenen Aspekte gegeneinander abgewogen werden, und bei dem verschiedene Formen des Handelns flexibel eingesetzt werden, ist nicht problematisch, aber doch, was die Anzahl der Beschwerden betrifft, ineffektiver als die Strategie, sich mit Problemen "gar nicht" auseinanderzusetzen, egal welche Aspekte im zugrundeliegenden Konzept dominieren.

Aus methodischen Mängeln ergab die Erweiterung der LSK keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Ausmaßes möglicherweise streßbedingter Komplikationen. Jedoch zeigte die Analyse der einzelnen Items hier zwei signifikante Unterschiede. Die "passiven, grüblerischen Patienten" haben signifikant mehr Magen-Darm-Beschwerden und Shunt-Komplikationen als alle anderen Patien-

tengruppen. Zwischen den anderen Clustern bestehen keine signifikanten Unterschiede, jedoch liegen auch hier die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" nur auf dem dritten Platz. Auch dieses Ergebnis bestätigt also: Abwehr ist am effektivsten, ein "mittleres Maß" an Abwehr ist jedoch nicht signifikant ineffektiver. Die Tatsache, daß sich die Cluster 1, 3 und 4 hier nicht signifikant voneinander unterscheiden wurde auch durch die Feststellung zu erklären versucht, daß sich die Art der Auseinandersetzungsstrategie auf somatische Prozesse sicher weniger direkt auswirkt als auf das psychische Befinden. Es handelt sich bei den Strategien der "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" und der "unkooperativen, burschikosen Verleugner" nur um "Vorstufen", nicht um pathologisches Verhalten, so daß diese Strategien keine stark abweichenden vegetativen Prozesse bewirken können. Ähnliches wurde auch für die möglicherweise streßbedingten "Beschwerden" ausgeführt. Bei der Kommentierung dieser Ergebnisse kam erschwerend hinzu, daß sie durch den subjektiven Einschätzungs-Prozeß der Patienten und deren Mitteilungsbereitschaft modifiziert werden.

Aufgrund methodischer Mängel konnten den vier Strategien keine bestimmten Formen streßbedingter Abweichungen der vegetativen Prozesse von der Normalfunktion zugeordnet werden.

Für die beiden eben beschriebenen Bereiche muß also gesagt werden: Intrapsychische Passivität, sofern sie nicht zu extrem ist, ist effektiv, auch ein mittleres Maß an Abwehr ist nicht schädlich, nur extremes "Grübeln" ist negativ.

Anders ist es mit den Kriterien, die eher "psychisches Befinden" erfassen. Auch hier haben die "passiven, grüblerischen Patienten" immer das schlechteste Ergebnis. Die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" befinden sich jedoch (mit einer Ausnahme) immer auf dem dritten Platz und unterscheiden sich hinsichtlich der

vom Arzt eingeschätzten Fähigkeit, die krankheitsbedingten Probleme zu bewältigen, nicht signifikant von den "passiven, grüblerischen Patienten", ebenso auch nicht, was die Häufigkeit der Einnahme von Beruhigungsmitteln betrifft. Hier nehmen sie sogar signifikant mehr ein als die Patienten der Cluster 4 und 1. In diesem Bereich wirkt sich also nicht nur die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung, sondern vor allem die Art der vornehmlich gesehenen Aspekte und die Art des Handelns auf die Effektivität der Anpassung aus.

Im Abschnitt IV 2.2.3. waren auf Basis der Daten des Interview-Leitfadens noch drei weitere Ergebnisse der vier Cluster dargestellt worden, die vor allem in Zusammenhang mit der von GAUS und KÖHLE (1979 b) aufgezeigten möglichen inneren Verödung und Verarmung der Beziehungen bei zu starker Abwehr von Relevanz sind. Es konnte dort gezeigt werden, daß tatsächlich die beiden Gruppen der "Verleugner" am wenigsten mit anderen kommunizieren und auch am wenigsten mit Ärzten und Pflegepersonal kooperieren. Weiterhin konnte für die Patienten des Cluster 4 gezeigt werden, daß diese, nach Cluster 2, die zweitwenigsten Pläne für die Zukunft haben. Während die Patienten des Cluster 4 aber vermutlich auf das Planen verzichten, um sich nicht mit der Zukunft auseinandersetzen zu müssen, verhindert bei Cluster 2 wahrscheinlich ihre negative Erwartung, daß sie Pläne fassen. Die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" haben die meisten Pläne.

Welche Konsequenzen haben diese Ergebnisse nun für das Verhalten von Ärzten, Pflegepersonal und Psychotherapeuten?

Bezüglich des Ausmaßes an "Informiertheit" unterscheiden sich die Patientengruppen nur minimal, alle Gruppen waren gut informiert. Darum wurden die Abwehrstrategien der Cluster 3 und 4 auch als noch "realitätsgemäß" und als "Vorstufe" bezeichnet. Das bedeutet aber auch: Information schadet nicht, sondern wesentlich ist, wie

die Patienten mit dieser umgehen, d.h., wie sie diese bewerten, wie intensiv sie sich mit dieser auseinandersetzen, welche Handlungsstrategien sie daraus ableiten und wie sich die Information auf ihr Selbstkonzept auswirkt.

Auf seiten des betreuenden Personals heißt das: Nicht das Informieren ist es, daß möglicherweise Schaden anrichtet, sondern die Art der Mitteilung. Das Personal muß die Besonderheiten des jeweiligen Patienten kennen, seine spezifische Art der Konfliktbewältigung und diese bei der Art der Vermittlung berücksichtigen. Information kann dann zu einem positiven, hilfreichen Faktor werden. Auch KÜBLER-ROSS meint, daß ein Patient nur dann nicht adäquat mit der Information umgehen kann,

"...wenn er unvermittelt und zu früh durch jemanden informiert wird, der ihn und seine Aufnahmebereitschaft nicht wirklich kennt oder 'es schnell hinter sich haben will'".

(KÜBLER-ROSS, 1969, S. 41)

Die Aussagen von KÜBLER-ROSS beziehen sich zwar auf Schwerkranke, die kurz vor ihrem Tod stehen und die Situation der Dialysepatienten ist meist anders. Sie können häufig noch sehr lange Zeit mit der Dialyse leben. Dennoch sind auch sie mit einer verkürzten Lebenserwartung, großen körperlichen Belastungen und vielen Einschränkungen konfrontiert. Darüber sollten sie aufgeklärt werden und das schon zu Beginn der Behandlung. Arzt, Pflegepersonal und Therapeut haben dann die Möglichkeit, dem Patienten bei der Verarbeitung dieser Informationen zu unterstützen - falls der Patient diese Erfahrungen selbst unvorbereitet machen muß, ist er auf sich allein gestellt und das Team hat keine Möglichkeiten zur Einflußnahme. Auch wirkt sich diese Erfahrung des Patienten sicher ungünstig auf sein Vertrauen zu Ärzten und Schwestern/Pflegern aus.

Bei Heimdialysepatienten und Limited-Care-Patienten ist ein gewisses Maß an Information zudem unumgänglich: Sie müssen zumindest über die Funktion des Dialysege-

räts und das Verhalten in Notfällen ("Maschinen-Alarm") informiert werden, um ihre Therapie eigenständig durchführen zu können. Hier kann also nur noch über die Art der Vermittlung entschieden werden. Im günstigen Fall tritt dann ein, was von KÖHLE et al. beschrieben wird:

" Die Kommunikation mit dem Arzt stärkt das Selbstwert-
erleben des Kranken; er fühlt sich trotz seiner Er-
krankung ernstgenommen und akzeptiert, als für die
eigene Zukunft verantwortlich anerkannt."

(KÖHLE, SIMONS, URBAN, 1979, S. 819)

Die genannten Autoren führen weiter aus, daß die Schwer-
kranken nicht nur auf das Überleben hoffen, sondern
sich ihre Hoffnung auch auf ein Erleben des eigenen
Wertes und die Aufrechterhaltung der Integrität der
Person bezieht. Sie möchten die Möglichkeit haben, sich
auch in der gegebenen Situation noch selbst zu verwirk-
lichen und wollen mit ihren Bezugspersonen auch über
ihre Probleme kommunizieren. "Der Kranke fürchtet den
sozialen Tod mehr als den physischen Tod". (KÖHLE,
SIMONS, URBAN, 1979, S. 819)

Es wurde festgestellt, daß nicht das Ausmaß der Infor-
miertheit, sondern die Art der Patienten, sich mit ih-
rer Problematik auseinanderzusetzen, entscheidend ist.
Welche Auseinandersetzungsstrategien sind nun effektiv
und wie sollte man auf die weniger positiven Strategien
eingehen? Die zentrale Frage in der Literatur ist die
nach Effektivität der "Abwehr". Im Rahmen dieser Unter-
suchung stellte sich heraus, daß ein "mittleres Maß"
an Abwehr zumindest nicht weniger effektiv ist, als
extremere Formen. Deren Effektivität wurde wiederum
auch darauf zurückgeführt, daß die "Abwehr" der Patien-
ten noch realitätsangemessen ist. In jedem Fall nega-
tiv ist nur die "ständige" Auseinandersetzung mit der
Krankheit, die die Form von "Grübeln" annimmt, bei dem
negative Faktoren dominieren und das zudem noch mit
Passivität im Handlungsbereich einhergeht.

Fazit wäre dann, daß nur die Strategie der "passiven,
grüblerischen Patienten" geändert werden müßte und
es egal wäre, ob man als neue Strategie die der Clu-
ster 3, 4 oder 1 etablieren würde.

Dagegen sprechen jedoch die Ergebnisse in den "Erfolgskriterien des psychischen Bereichs", die als "sensibler" für die Auswirkungen der unterschiedlichen Strategien gekennzeichnet worden waren.

Hier haben die "unkooperativen, burschikosen Verleugner" trotz ihrer stark ausgeprägten Abwehrhaltung ähnlich schlechte Ergebnisse wie die "grüblerischen" Patienten. Da bei diesen beiden Gruppen die Dimension der "Abwehr" sehr unterschiedlich intensiv ausgeprägt ist, kann sie nicht der entscheidende Faktor sein, der die schlechten Anpassungsergebnisse der beiden Gruppen bewirkt.

Die Patienten der Cluster 2 und 3 gleichen sich vielmehr und unterscheiden sich von denen der Cluster 1 und 4 bezüglich der negativen Ausprägung der vornehmlich gesehenen Aspekte und die Art ihres Handelns; so sind beide Patientengruppen passiv, bzw. die Patienten der Cluster 3 vermeiden zum Teil auch problematische Situationen.

Die Frage, ob die Abwehrfunktion gestärkt oder geschwächt werden sollte ist also nicht die relevante, bzw. sie ist zu undifferenziert gestellt, was wohl z.T. daraus resultiert, daß bisher zwischen "positiv verdeutlichender" und "negativ verdeutlichender" Abwehr nicht unterschieden wurde.

Die "latente Gereiztheit" der "unkooperativen, burschikosen Verleugner" kommt ja gerade dadurch zustande, daß sie ihre Konflikte nicht aufarbeiten, weder für sich, noch mit anderen und diese auch nicht durch aktives, außenorientiertes Verhalten zu lösen versuchen.

"Zudeckende" Therapie würde diese Problematik nur verschärfen, da ein Durcharbeiten der Konflikte weiter verhindert würde. Dies würde höchstens kurzfristig zu einer Entlastung führen.

Ziel therapeutischer Eingriffe müßte dagegen sein, in Gesprächen mit den Patienten positive Aspekte herauszuarbeiten, auch das Selbstbild der Patienten zum Positiven hin zu verändern. Dies setzt aber voraus, daß

sich die Patienten auf einen Prozeß der Selbstprüfung, der Selbsterfahrung und der Selbstoffenbarung gegenüber anderen einlassen. Dies kann zunächst die Spannungen erhöhen, da die Patienten viele Probleme bewußt bearbeiten müssen, die sie bisher, durch ihre "trotzig-protestierende, zwanghaft-rigide" Haltung (DREES, 1976) mehr oder weniger erfolgreich auszuklammern suchten. Hieraus läßt sich vielleicht auch erklären, warum viele Patienten zu Beginn einer Therapie ablehnend gegenüber stehen, wie es von einigen Autoren festgestellt wurde (KAPLAN DE NOUR, SHALTIEL, CZACZKES, 1968; HOLLON, 1972). Jedoch zeigt das emotionale Befinden der Patienten, wie auch ihre Ergebnisse in den "Erfolgskriterien", daß ihre Auseinandersetzungsstrategie langfristig zum Lösen ihrer Probleme ineffektiv ist, sie sich diesem Änderungsprozeß unterziehen müssen.

Ist es nun bei den "passiven, grüblerischen Patienten" angebracht, die in ihrem Konzept dominierenden negativen Aspekte "zuzudecken" und ihre ständigen Bemühungen um Orientierung durch eine "Stärkung der Abwehrfunktion" abzubauen?

Das Ergebnis eines solchen Vorgehens wäre vermutlich die Etablierung einer Strategie, die mit der des Cluster 3 identisch wäre. Die vormalig "grübelnden" Patienten würden versuchen, ihre Konflikte auszuklammern,, an diese nicht mehr zu denken, ohne daß etwas Neues an dessen Stelle treten würde. Es bliebe eine latente Gereiztheit und Unruhe. Auch hier müßte also "Positives" herausgearbeitet werden. Es kann angenommen werden, daß sich daraus sekundär eine Abnahme der ständigen Bemühungen um ein Konzept ergäbe, da dieses ja nun stabilisierend und nicht beängstigend wirkt.

Bei beiden Patientengruppen kann also "Zudecken" nicht das therapeutische Ziel sein, sondern das "Aufdecken" alternativer Aspekte und "Stärkung der Abwehrfunktion" kann nur im Sinne des "Aufbaus einer größeren Gelassenheit" verstanden werden. Beides ist nur durch aktives Bemühen der Patienten zu erreichen.

Hier zeigt sich auch, daß die Postulierung eines Gegensatzes zwischen "aufdeckender" und "zudeckender" Therapie nicht zutreffend ist. Aufdeckende Therapie ist kein "Ausgraben" negativer Eigenschaften oder ein "Bloßlegen". MASLOW stellt fest:

" Die aufdeckende Psychotherapie verstärkt Liebe, Mut, Kreativität und Wißbegier, während sie Angst und Feindseligkeit vermindert. Diese Art der Therapie schafft nichts aus dem Nichts; daraus folgt, daß sie aufdeckt, was schon immer da war."

(MASLOW, 1963; zitiert nach YALOM, 1974, S. 92)

Zur Initiierung der angesprochenen Änderungsprozesse bei den beiden Gruppen eignen sich Gesprächstherapie, wie auch Gruppenverfahren, in denen die Grundvariablen der Gesprächstherapie realisiert werden: Wesentlich ist ein annehmendes, nicht wertendes Klima, in dem der Patient sich mit seinen Konflikten und Gefühlen offen auseinandersetzen kann und einführendes Verstehen von seiten des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder, das diesen Prozeß der Selbst-Reflexion weiter fördert.

Aus der veränderten Wahrnehmung der Patienten und der daraus resultierenden Änderung ihres Konzeptes ergibt sich mit großer Wahrscheinlichkeit auch die Entwicklung neuer Handlungsstrategien, vor allem im interpersonellen Bereich. Dennoch ist es vielleicht hilfreich, besonders bei Einzeltherapie, mit den Patienten gezielt neue Handlungsstrategien einzuüben, d.h. insbesondere aktivere Strategien der Problembearbeitung zu vermitteln und mit den "unkooperativen, burschikosen Patienten" Möglichkeiten kooperativen Verhaltens einzuüben. Auch für die "grüblerischen" Patienten ist die Vermittlung eines neuen Kooperationsverhaltens anstelle des "klagenden anklammernden" Verhaltens (DREES, 1976) sicher sinnvoll. Dies setzt jedoch voraus, daß sie bereit sind, Verantwortung für ihr Handeln, insbesondere hinsichtlich ihrer Therapie zu übernehmen, was zunächst eine weitere Verunsicherung zur Folge hat und daher vermutlich zuerst abgelehnt wird. Zur Reduzierung der

inneren Spannung und Unruhe bietet sich weiterhin die Vermittlung von Entspannungsverfahren, wie z.B. das Autogene Training, an.

Die bis hier dargelegten Schlußfolgerungen waren im wesentlichen auf das Verhalten des Psychotherapeuten bezogen, können aber auch als eine allgemeine Richtschnur für das Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal gelten. Zwar werden diese meist nicht explizit psychotherapeutisch tätig werden, sie sollten und können aber die Art ihrer Kommunikation mit den Patienten auf deren vorn geschilderten Besonderheiten ausrichten und die dort geschilderten Prinzipien zu realisieren suchen um so deren Bewältigungsprozeß fördern. Dies wird an späterer Stelle noch weiter ausgeführt werden.

Zunächst soll aber noch auf die Strategien der Patienten der Cluster 1 und 4 eingegangen werden. Diese erwiesen sich als effektiv, wobei die Strategie der "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugner" meist zu noch besseren Ergebnissen führte. Dies resultiert sicher daraus, daß diese Patienten ein durchaus noch realistisches Bild der Umwelt und ihrer eigenen Person haben und ihre "Abwehr" die Bedeutung einer "gelasseneren Bewertung" beinhaltet. Auf der anderen Seite wurde festgestellt, daß die Patienten des Cluster 4 die zweitwenigsten Zukunftspläne haben und am wenigsten mit anderen Personen kommunizieren, während die "handlungsorientierten, reflektierten Patienten" hier die besten Ergebnisse haben. Nimmt man diese Besonderheiten als Indikatoren für "innerseelische Verödung" und "Verarmung der Beziehungen" würde dies dafür sprechen, daß die Strategie der Patienten des Cluster 4 doch potentiell negative Auswirkungen hat. Man könnte sich dann fragen, ob man nicht aus präventiven Gründen die Strategie dieser Patienten zu einer größeren Offenheit hin modifizieren sollte. Dagegen spricht jedoch deren sonstige Effektivität.

Nur bei einem extremen Ausmaß "positiver" Verdrängung und damit einhergehender "Verödung" sollte man diese

Strategie in jedem Fall ändern. Prinzipiell ist das auch über die Durchführung einer Gesprächs- und Gruppentherapie möglich. Im Verhaltensbereich sollte eventuell eine Reduzierung der Aktivität angestrebt werden. Sicher wird es jedoch bei den "handlungsorientierten, zufriedenen Verleugnern", vor allem bei einer stärkeren Ausprägung der Abwehr, noch schwerer sein, die Bereitschaft zur Mitarbeit zu gewinnen und ein therapeutisches Bündnis aufzubauen. In jedem Fall sollte man auf die Bedürfnisse der Patienten Rücksicht nehmen und die Grenzen dessen, was ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt wahrnehmen kann und will, akzeptieren. KÜBLER-ROSS führt für schwerkranke Patienten aus, daß diese nicht nur zu Beginn, sondern auch später ihre Krankheit immer wieder abzuleugnen versuchen.

" Auch der Kranke, der sein Ende als Möglichkeit erkannt hat, muß sie doch ab- und zu leugnen, um das Leben überhaupt fortsetzen zu können."

(KÜBLER-ROSS, 1969, S. 41)

Dennoch meint sie, daß ein Gespräch diese Patienten erleichtern und befriedigen kann, wenn man dabei ihre Bedürfnisse berücksichtigt.

" ...freilich muß die Unterhaltung dann stattfinden, wenn er selbst (der Patient; G.B.), nicht der Gesprächspartner dazu bereit ist, und es muß abgebrochen werden, sobald der Patient zu erkennen gibt, daß er die Tatsachen nicht mehr erträgt und sie wieder abstreiten möchte."

(KÜBLER-ROSS, 1969, S. 42)

Für Ärzte und Pflegepersonal bedeuten die bis hier dargestellten Schlußfolgerungen des vorliegenden Abschnitts, daß dem Umgang mit dem Kranken eine zentrale Bedeutung als Instrument der Erkenntnis und der Therapie zukommt.

" ...eigene emotionale Vorgänge von Arzt und Krankenschwester werden zu Indikatoren für psychologische Prozesse, die im Patienten ablaufen. So läßt sich der Arzt vom Kranken bewegen, um in dieser Mitbewegung etwas über den Kranken zu erfahren. In diesem Sinn läßt sich 'der Arzt selbst vom Patienten verändern' (V.v.WEIZSÄCKER, 1928) um dann in der Lage zu sein, den Patienten zu behandeln."

(KÖHLE, SIMONS, URBAN, 1979, S. 813)

Anders formuliert: Auch Arzt und Pflegepersonal versuchen im täglichen Umgang mit dem Patienten, dessen Selbstprüfung und Selbstoffenbarung zu fördern, um sein Bewältigungsverhalten zu unterstützen. Auch hier heißt dies nicht, den Patienten mit "Beruhigungen" abzuspeisen um seine Konflikte und Probleme "zuzudecken". Vielmehr bedeutet es, genau wie für den Psychotherapeuten, sich auf den Patienten und seine Konflikte einzulassen und sie mit ihm "durchzuarbeiten", wobei die jeweils spezifische Art seiner Konfliktbewältigung beachtet werden sollte.

Ein solches "Einlassen" auf den Patienten bzw. "Mitbewegen lassen" ist bei unheilbar Kranken schwer, da es Zielvorstellung und Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal eher entspricht, "Sieger im Kampf gegen die Krankheit" zu sein. Es bedeutet, in gewissem Umfang die eigene Ohnmacht zu erleben. Zusätzlich beinhaltet es auch eine Konfrontation mit dem eigenen Tod. Ärzte und Pflegepersonal müssen sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen, da sie sonst auch die Todesbedrohung ihrer Patienten negieren werden, was ein sensibles Eingehen auf die Patienten behindert.

Sie befinden sich in dem Dilemma, sich mitbewegen zu lassen ohne "emotional zu sterben" oder sich zu weit zu distanzieren. Versuche der Distanzierung resultieren auch beim medizinischen Personal in spezifischen Abwehrhaltungen, die u.a. von SIEGRIST (1978) festgestellt und beschrieben wurden.

Die starke emotionale Belastung von Ärzten und Pflegepersonal spricht für die von HEINEMANN et al. (1974) vorgeschlagene Einrichtung von abgestuften psychosozialen Betreuungssystemen mit regelmäßigem Team-Treffen. Auch die hier gefundene relativ große Anzahl von Patienten, die ineffektive Auseinandersetzungsstrategien benutzen (in Cluster 2 und 3 befinden sich 26 Patienten, also nahezu die Hälfte der Befragten) spricht dafür, nicht nur sporadisch einen Psychiater oder Psychologen zu Rate zu ziehen, sondern auch die "psychische Betreu-

ung" prinzipiell in die Behandlung der Patienten mit-
einzu beziehen.

Eine Systematisierung der unterschiedlichen Möglich-
keiten, mit Krankheit umzugehen wurde in dieser Arbeit
versucht und kann als Hilfe für das differentielle
Eingehen auf die Patienten herangezogen werden.

Insbesondere die Kenntnis der Art der Beziehungsauf-
nahme der Patientengruppen (Cluster 2: "klagend-an-
klammernd"; Cluster 3: "trotzig-protestierend"; Clu-
ster 4: "distanziert-freundlich") und das Verständnis
der daraus für die Patienten resultierenden, zumindest
kurzfristigen, Vorteile (Ablehnung von Verantwortung;
Gefühl des Einflusses, der Macht; Vermeidung von Konflik-
ten) ist neben dem Verständnis der Art der eingesetzten
Abwehr und deren Nutzen für das adäquate Eingehen so-
wohl von Psychotherapeuten als auch medizinischem Per-
sonal auf die verschiedenen Patienten von besonderer
Bedeutung.

Für die zutreffende Bestimmung der jeweils vorliegenden
Strategie kann es hilfreich sein, sich an den bei den
verschiedenen Patientengruppen festgestellten soziali-
sationsspezifischen Besonderheiten zu orientieren,
oder darauf zu achten, in welcher zeitlichen Phase
seit Beginn der Dialyse sich die Patienten befinden.

Als Hilfestellung bei der Identifikation kann also
dienen, daß bei Patienten unter 30 Jahren, zumal wenn
sie eine höhere Schulbildung haben, häufiger eine "hand-
lungsorientierte, reflektierte" Auseinandersetzungs-
strategie zu finden sein wird, bei weiblichen Patien-
ten eine "passive, grüblerische Strategie". Weiterhin
werden sich berufstätige Patienten eher wie die des
Cluster 1 oder 4 verhalten. Bezüglich des zeitlichen
Verlaufs steht zu erwarten, daß zu Beginn der Dialyse
eine Phase der "Verleugnung" oder "Wut" auftritt, die
übergeht zu einer intensiveren Form der Auseinander-
setzung, die sich wie die der Patienten des Cluster 1
oder wie die des Cluster 2 gestalten kann. Diese Ab-

folge entspricht in etwa der, die von KÜBLER-ROSS (1969) bei Patienten festgestellt wurde, die sich mit ihrem nahenden Tod auseinandersetzen. Als letzte Phase stellte sie "Annahme" und "Trauer" fest. Die besondere Situation der Dialysepatienten bewirkt, daß davon abweichend, über die lange Dauer ihrer Krankheit und vermutlich gerade deswegen, sich die Abwehrprozesse wieder etablieren.

Die besseren Ergebnisse der Heimdialysepatienten in der Selbstbeurteilung und den Beschwerdenlisten sprechen dafür, den Ärzten nahezu legen, dieser Form der Dialyse den Vorzug zu geben. Das bessere Ergebnis der Berufstätigen bezüglich der Einnahme von Beruhigungsmitteln würde, falls man aufgrund eines Ergebnisses solche Schlußfolgerungen ziehen sollte, dafür sprechen, die berufliche Rehabilitation der Patienten zu fördern.

GAUS und KÖHLE (1979 b) meinen, daß sich bei Dialysepatienten beispielhaft zahlreiche Probleme finden lassen, die für chronisch Kranke im allgemeinen und für Patienten, die apparativer Hilfe bedürfen im besonderen, typisch sind. Damit ist das Problem der Übertragbarkeit der hier gefundenen Ergebnisse und der daraus abgeleiteten Empfehlungen auf andere Patientengruppen angesprochen.

Dieses Problem wurde bereits in Abschnitt II 2 .1.2. ausführlicher behandelt. Dort wurde festgestellt, daß die Situation der Dialysepatienten zwar einige Besonderheiten aufweist, aber sich auch Gemeinsamkeiten mit anderen Gruppen von Schwerkranken feststellen lassen. Darüber hinaus sind diese Konflikte nur Ausprägungen der allgemeinen Faktoren, die als streßhaft festgestellt wurden. Man kann also mit einiger Sicherheit annehmen, daß die hier dargestellten Aussagen auch für andere Schwerkranke zutreffend sind und die identifizierten Strategien auch in gewissem Umfang im täglichen Umgang mit streßhaften Situationen nicht krankheitsbedingter Herkunft eine Rolle spielen.

Mit anderen Worten: Auch für den Umgang mit Klienten, die Probleme in anderen Bereichen haben, können die hier abgeleiteten Empfehlungen von Nutzen sein. Darüber hinaus kann man vermuten, daß die hier beschriebenen Coping-Strategien, mit Ausnahme der "optimalen", "Vorstufen" pathologischen Verhaltens sind, die bei einer weiteren einseitigen Vertiefung in psychische Störungen übergehen, die auch psychosomatische Komplikationen bewirken können, wie es von HELLHAMMER (1979) beschrieben wurde. In diesem Sinne kann die hier getroffene Einteilung auch einen Beitrag zur Systematisierung psychischer Störungen leisten.

Zum Abschluß sollen noch einige Anmerkungen zu möglichen weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet gemacht werden. Als Mangel dieser Arbeit wurde mehrfach festgestellt, daß somatische Beschwerden und Komplikationen zu undifferenziert erfaßt wurden. In zukünftigen Untersuchungen sollten differenziertere Instrumente eingesetzt werden, die eine Unterscheidung sympathikoton und vagoton bedingter Störungen ermöglichen. Das bedeutet gleichzeitig, daß die Hypothesenbildung auf diesem Gebiet weiter entwickelt werden müßte. Weiterhin sollte die Durchführung von physiologischen Messungen die Rückführung von festgestellten Beschwerden und Störungen auf streßbedingte Einflüsse belegen helfen.

Es wäre auch besser, wenn neben die Beobachtung des Verhaltens der Patienten im Interview, Beobachtungen ihres Verhaltens über einen längeren Zeitraum in "Echt-Situationen" treten würden. Die "Realitätsangemessenheit" der Konzepte der Patienten sollte vielleicht auch nicht nur durch den Interviewer, sondern über eine Konfrontation der Patienten-Konzepte mit den Wahrnehmungen ihrer Bezugspersonen festgestellt werden. Die vorliegende Arbeit bietet für diese weiteren Untersuchungen eine Systematik und damit den Rahmen für weitere Präzisierungen.

KAPITEL VI ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, am Beispiel von Hämodialyse-Patienten aufzuzeigen, daß zwischen der Art, sich mit chronischer Krankheit und dadurch bedingten Problemen auseinanderzusetzen und dem psychischen und somatischen Befinden ein Zusammenhang besteht. Aufgrund der Ergebnisse sollen Therapie- und Präventionsvorschläge abgeleitet werden.

Der "Umgang mit Krankheit" wird als ein Sonderfall des immer stattfindenden "Auseinandersetzungsprozesses mit Lebensstreß" aufgefaßt, dessen allgemeiner Rahmen mit Modellen von LAZARUS (1976) und v. UEXKÜLL und WESIACK (1979) erläutert wird. In einer Synthese der Ansätze von LAZARUS (1966), HELLHAMMER (1979) und KLIX (1971) wird der Begriff der "Auseinandersetzung" weiter differenziert, die einzelnen Elemente herausgearbeitet und deren Zusammenspiel aufgezeigt.

Aus diesen Ausführungen wird die Definition von "Auseinandersetzung" bzw. "Coping" abgeleitet. Coping wird verstanden als "psychische Regulations- und Handlungsprozesse, die (bewußt oder nicht) eingesetzt werden, um Krisensituationen zu bewältigen, um dadurch die eigene Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern".

Um zu begründen, wie psychische Prozesse auf Körperfunktionen Einfluß nehmen können, wird das Streß-Modell von SELYE (u.a. 1976), Ansätze von CANNON (1920) und JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978), sowie Überlegungen von HELLHAMMER (1979) dargestellt. Diese haben jeweils verschiedene Aspekte des Interaktionsprozesses zwischen psychischen und körperlichen Reaktionen untersucht. Über das Konzept der "Orientierungsreaktion" wird, basierend auf KLIX (1971), versucht, diese aufeinander zu beziehen und in ein gemeinsames Modell zu integrieren. Zusätzlich wird der Versuch unternommen, unterschiedliche körperliche "Störungsmuster" auf verschiedene Arten von Auseinandersetzungsstrategien zu beziehen.

In einem weiteren Schritt werden die von verschiedenen Autoren beschriebenen "Coping-Strategien", die teilweise nur einzelne Aspekte des Gesamtprozesses hervorheben, miteinander in Bezug gesetzt. Eine zentrale Stellung nimmt dabei die Unterscheidung der Auffassungen von HELLHAMMER und LAZARUS über den Charakter der intrapsychischen Auseinandersetzung ein. Es wird aufgezeigt, daß LAZARUS darunter im wesentlichen "Bewertung", HELLHAMMER dagegen "Orientierung/Kenntniserwerb" versteht, und sich daraus ihre unterschiedlichen Vorstellungen über die Effektivität von "Abwehr" ableiten lassen. In einer Ergänzung werden zusätzlich noch "spezifisch menschliche Dimensionen" der Auseinandersetzung, wie "Selbstbild/Kompetenzgefühl" und "Kommunikation/Kooperation" aufgenommen. Insgesamt werden in einer Synthese der Ansätze von HELLHAMMER, LAZARUS, JULI und ENGELBRECHT-GREVE und SOMMER (1977) fünf verschiedene Strategien abgeleitet und Aussagen über deren Wirkungen im psychischen und somatischen Bereich getroffen.

Der zweite Abschnitt des Theorieteils umfaßt die Darstellung der medizinischen und psycho-sozialen Situation der Dialysepatienten, sowie einen Überblick über die bisher bei Dialysepatienten gefundenen Reaktionsweisen und Bewältigungsstrategien. Es wird gezeigt, daß der Bewältigungsprozeß bisher vornehmlich unter dem Aspekt der "Abwehr" untersucht wurde, der auch in der gesamten Streßforschung bisher meist im Mittelpunkt des Interesses stand. Die Darstellung von Untersuchungen, in denen "emotionale Reaktionen" und Auseinandersetzungsstrategien miteinander verquickt wurden, zeigt jedoch, daß bei Dialysepatienten Gruppen von Patienten gefunden wurden, deren (allerdings aus anderen Perspektiven beschriebenen) Strategien weitgehend mit den im ersten Theorieteil dargelegten übereinstimmen. Dies gilt insbesondere für den Ansatz von DREES (1976).

Aus den Aussagen des Theorieteils werden die Erwartungen abgeleitet, deren Richtigkeit durch die Untersuchung geprüft werden soll. Es wird erwartet, daß sich die folgenden fünf Gruppen unterscheiden lassen,

die sich auf eine unterschiedliche Art mit ihrer Krankheit auseinandersetzen: 1. Eine grübelnde, passive Gruppe, die überwiegend negative Aspekte sieht und sich ständig um die Schaffung eines Konzeptes bemüht. 2. Eine intrapsychisch passive, im Handeln "aktiv-kämpferische" Gruppe, mit einem ausgebildeten Konzept, in dem positive Aspekte überwiegen. 3. Eine ebenfalls intrapsychisch passive, aber im Handeln "aktiv-vermeidende" Gruppe, in deren ausgebildeten Konzept die negativen Aspekte dominieren, 4. Eine Gruppe, die kein ausgebildetes Konzept hat, sich intrapsychisch und nach außen nicht mit der Krankheit auseinandersetzt und bei der weder negative noch positive Aspekte überwiegen, sondern Apathie herrscht. 5. Eine Gruppe mit einer "optimalen" Strategie, die ein stabiles, aber flexibles Konzept hat, in dem sich positive und negative Aspekte die Waage halten, positive Aspekte aber letztlich dominieren. Ebenso flexibel soll ihre Handlungsstrategie sein.

Diesen verschiedenen Strategien wurden zusätzlich bestimmte Ausprägungen der "spezifisch menschlichen" Dimensionen, insbesondere die Art der Beziehungsaufnahme mit sich selbst und mit anderen betreffend, zugeordnet. Bei Strategie 2 und 3 werden zudem "Vorstufen" angenommen, bei denen die Konzepte zwar aufgrund der vorherrschenden Bewertung einseitig, aber doch noch realitätsangemessen sind. Die den fünf Gruppen zugeordneten Auseinandersetzungsstrategien bedeuten gleichzeitig auch eine Erweiterung und Vervollständigung des in der Literatur dominierenden Ansatzes der "Abwehr".

Hinsichtlich der Effektivität der Strategien wird erwartet, daß, bei Annahme der Existenz von "Vorstufen" die Gruppen 2 und 5 das beste Ergebnis haben, die Gruppe 3 diesen folgt und die Gruppen 1 und 4 die schlechtesten Ergebnisse haben. Es wird weiterhin angenommen, daß die erste und vierte Strategie mit einer vagotonen, die zweite und dritte mit einer sympathikotonen Fehlsteuerung einhergehen, die fünfte jedoch mit "vegetativem Gleichgewicht" verbunden ist.

In der Untersuchung werden 9 Instrumente eingesetzt. Ein "psychosozialer Fragebogen" zur Feststellung der soziodemographischen Variablen; der "Fragebogen zur Internalen-Externalen Kontrolle; die "Repression-Sensitizations-Skala" und ein "Interview-Einschätzverfahren" zur Feststellung der Auseinandersetzungsstrategien; zur Messung der Effektivität der Strategien im psychischen Bereich zwei "Skalen zur Einschätzung durch den Arzt" und zwei zur "Selbsteinschätzung der Patienten", sowie "Skalen zur Messung des Medikamentenverbrauchs" (Tranquilizer); zur Bestimmung des "Erfolgs" im somatischen Bereich die "Beschwerdenlisten" und die "Liste somatischer Kriterien" und deren für diese Untersuchung konstruierte Erweiterung.

Es werden 60 Patienten eines Dialysezentrums untersucht, die Heimdialyse- oder Limited-Care-Dialyse durchführen. Die mit dem psychosozialen Fragebogen erhobenen Daten zeigen, daß die Stichprobe, was Geschlecht und Dialyseform betrifft, für das Dialysezentrum repräsentativ ist. Heimdialyse- und männliche Patienten überwiegen. Das Geschlecht ist ein Zuweisungskriterium für die Dialyseform. Alter, Familienstand und Schulabschluß sind vergleichbar mit der Durchschnittsbevölkerung. Die Erwerbstätigkeit liegt nur wenig niedriger als bei dieser (allerdings ist ein Teil der Patienten nur teilzeitbeschäftigt). Das Netto-Einkommen ist im Schnitt höher. Die Stichprobe kann als beruflich gut rehabilitiert und finanziell gut abgesichert bezeichnet werden. Beamte und Angestellte sind gegenüber Arbeitern überrepräsentiert. Die Art des Berufes ist ein weiteres Zuweisungskriterium für die Dialyseform. 40 % der Patienten dialysieren seit 2 - 5, weitere 40 % seit 5 - 10 Jahren.

Folgende Auseinandersetzungsstrategien werden von den Patienten eingesetzt:

Die Gesamtstichprobe unterscheidet sich in der Skala Internale-Externale Kontrolle nicht signifikant von der Eichstichprobe, fühlt sich also weder external,

noch internal kontrolliert. Sie unterscheidet sich signifikant von der Eichstichprobe hinsichtlich des Wertes in der Repression-Sensitizations-Skala. Sie liegt an der Grenze, nahezu bereits im Bereich der "Repression". Dies Ergebnis deckt sich mit dem, was durch den Interview-Leitfaden festgestellt wird. Die Patienten sind, was die Auseinandersetzung insbesondere mit emotional belastenden Themen betrifft, eher zurückhaltend. Gleichzeitig sind sie jedoch sachlich informiert, gehen aktiv-handelnd auf ihre Umwelt zu und in ihrem Konzept dominieren positive Aspekte. Die Kooperation mit Ärzten und Pflegepersonal ist gut. Ihre Strategie entspricht weitgehend derjenigen, wie sie für die "zweite Gruppe" geschildert wurde. Die weiblichen Patienten sind insgesamt etwas passiver und haben eine Tendenz zum "Grübeln". Sie unterscheiden sich in der Skala Repression-Sensitization nicht signifikant von den männlichen Patienten, fühlen sich aber signifikant mehr external kontrolliert als diese.

Eine Clusteranalyse über die Elemente anhand der Ergebnisse im Interview-Leitfaden unterteilt die Gesamtstichprobe in vier Teilgruppen. Eine Diskriminanzanalyse bestätigt die Richtigkeit dieser Einteilung. Die vier Gruppen werden folgendermaßen bezeichnet: Cluster 1 enthält "handlungsorientierte, reflektierte Patienten", die der erwarteten "Gruppe 5" entsprechen. In Cluster 2 befinden sich "passive, grüblerische Patienten" (erwartete Gruppe 1), die sich in Beziehungen eher "jammernd-anklammernd" verhalten, in Cluster 3 "unkooperative, burschikose Verleugner" (Gruppe 3), die "trotzig-protestierend" mit anderen umgehen und in Cluster 4 "handlungsorientierte, zufriedene Verleugner" (Gruppe 2), die anderen gegenüber eher "distanziert" aber freundlich sind. Die vier Cluster unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala Internale-Externale Kontrolle, wohl aber in der Repression-Sensitizations-Skala. Wie erwartet werden kann unterscheiden

sich die Cluster 4, 3 und 1 jeweils signifikant von Cluster 2, liegen Cluster 4 und 3 sehr dicht beieinander im "Repressions-Bereich", Cluster 1 annähernd signifikant unterschiedlich vom Cluster 4 mehr in Richtung Sensitization.

In der Stichprobe befinden sich keine "apathisch-resignativen" Patienten (Gruppe 4), was vielleicht durch die insgesamt recht günstige medizinische und soziale Situation der befragten Stichprobe erklärt werden kann. Sonst sind die Erwartungen jedoch bestätigt. Das bedeutet dann auch, daß das Konzept der "Abwehr" erweitert und vervollständigt werden sollte.

Darüberhinaus können bestimmte Zusammenhänge zwischen einigen soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Zeitdauer seit Beginn der Dialyse) und Clusterzugehörigkeit festgestellt werden.

Die Gesamtstichprobe hat in den "Erfolgskriterien" insgesamt sehr gute Ergebnisse, was sowohl mit ihrer günstigen sozialen und medizinischen Situation, wie auch mit der Art ihrer Auseinandersetzungsstrategie in Beziehung gebracht werden kann.

Die Effektivität der Strategien der Cluster stimmt, was ihre Reihenfolge betrifft, weitgehend mit der erwarteten überein, die Unterschiede sind jedoch nicht immer signifikant. Im Schnitt hat Cluster 4 immer die besten Ergebnisse, gefolgt von Cluster 1, dann 3. Die schlechtesten Ergebnisse haben immer die Patienten des Cluster 2 und die Unterschiede zu allen anderen Clustern sind auch fast immer signifikant.

Cluster 3 ist bezüglich der vom Arzt eingeschätzten "Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung" nicht signifikant besser als Cluster 2. Das gleiche gilt für das Ausmaß der "Einnahme von Beruhigungsmitteln". Hier unterscheiden sich die Patienten des Cluster 3 sogar signifikant von denen der Cluster 1 und 4. Diese Form der "Abwehr" und des Handelns ist also, wie erwartet, tatsächlich weniger effektiv. Die Ergebnisse im "somatischen Bereich" sind aufgrund methodischer Mängel nicht zufrieden-

denstellend. Die gewünschte Einteilung nach sympathikoton oder vagoton bedingter Fehlregulation läßt sich nicht treffen. Aufgrund zweier einzelner Variablen ("Magen-Darm-Beschwerden" und "Shuntverschluß") läßt sich jedoch zeigen, daß die Art der Auseinandersetzung tatsächlich zu signifikant mehr psychosomatischen Komplikationen führt. Allerdings gilt dies nur für die Strategie der Patienten des Cluster 2. Cluster 1, 3 und 4 liegen relativ dicht beieinander. Vermutlich ist das dadurch bedingt, daß es sich bei den Strategien der Cluster 3 und 4 um "Vorstufen" handelt, und nicht um pathologisches Verhalten und die Strategien extremer ausgeprägt sein müssen, um somatische Veränderungen bewirken zu können.

Aus den Ergebnissen können folgende Schlußfolgerungen für das Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal und des Psychotherapeuten abgeleitet werden:

Da alle Patientengruppen nahezu gleich gut informiert sind, wird vermutet, daß nicht das Ausmaß an Information, sondern die Art der Vermittlung, die die Besonderheiten der Auseinandersetzungsstrategien berücksichtigen sollte, den entscheidenden Einfluß hat.

Da nicht die Intensität der intrapsychischen Auseinandersetzung (der "Abwehr"), sondern die Art der vorwiegend gesehenen Aspekte und des Handelns den entscheidenden Einfluß haben, wie die Ergebnisse des Cluster 2 und 3 zeigen, wird die Frage nach der "Stärkung" oder "Schwächung der Abwehrfunktion" als falsch gestellt bezeichnet. Es sollte nicht zwischen zu- oder aufdeckender Therapie entschieden werden. Dies wird auch durch die Feststellung von MASLOW (1963) bestätigt, der meint, "Aufdeckende Therapie" bedeute immer eine Verminderung negativer und eine Verstärkung positiver Eigenschaften. Gleiches gilt auch für die hier gefundenen Patientengruppen mit ungünstigen Strategien. Bei beiden Gruppen muß eine andere Form der aktiven Auseinandersetzung etabliert werden, durch die positive Aspekte herausgearbeitet und

aktive Handlungsstrategien etabliert werden können. Dazu eignen sich Gesprächs- oder Gruppentherapie, in der die wesentlichen Prinzipien der Gesprächstherapie realisiert werden. Dem Patienten wird in einem annehmenden Klima die Möglichkeit zu einer offenen Auseinandersetzung mit Konflikten und Gefühlen gegeben. Unterstützend eignet sich zum Abbau der inneren Spannung die Vermittlung des Autogenen Trainings.

Zusätzlich können auch neue Verhaltensmöglichkeiten besseres Kooperationsverhalten durch den Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden vermittelt werden. Die Strategien der Patienten der Cluster 1 und 4 bedürfen keiner Änderung. Nur falls sich die Strategie des Cluster 4 zu Formen der extremen Abwehr entwickelt, muß auch hier eine offene Art der Auseinandersetzung etabliert werden.

Für den täglichen Umgang von Ärzten und Pflegepersonal mit den Patienten bedeutet das, daß diese lernen müssen, sich von den Patienten "mitbewegen" zu lassen um deren Prozeß der Selbstexploration zu unterstützen, wobei die Kenntnis der besonderen Auseinandersetzungsstrategien ein differentielles Eingehen ermöglicht. Dieses "Mitbewegen lassen" setzt auf seiten der Ärzte und des Pflegepersonals voraus, daß sie nicht aus Angst vor eigener "Verletzung" (Konfrontation mit dem eigenen Tod; Erkenntnis, daß der Patient nicht zu heilen ist und damit ein Gefühl der "Niederlage") selbst zu bestimmten Formen der Abwehr greifen. Dies bedingt, daß auch bei Ärzten und Pflegepersonal selbst ein Prozeß der "Selbstöffnung" und der "Realitätsüberprüfung" stattfindet.

Aufgrund der starken emotionalen Belastung des medizinischen Personals und der Tatsache, daß beinahe die Hälfte der untersuchten Patienten eine ungünstige Auseinandersetzungsstrategie einsetzen und daher Unterstützung brauchen, wird abgeleitet, daß die Einrichtung eines psychosozialen Betreuungssystems mit regelmäßigen Team-Treffen und nicht nur die sporadische Mitarbeit eines Psychiaters oder Psychologen nötig ist.

Die soziodemographischen Besonderheiten der Cluster können bei der Identifikation des Bewältigungsstils der Patienten erste diagnostische Hinweise geben.

Es wird vermutet, daß die hier getroffenen Aussagen auch für andere chronisch Kranke zutreffen.

Zum Abschluß werden einige methodische Hinweise gegeben, die bei der Durchführung weiterer Untersuchungen auf diesem Gebiet beachtet werden sollten.

VII LITERATURVERZEICHNIS

- ABRAM, H.S.: The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life I. American Journal of Psychiatry, 124, 1968, S. 1351-1358
- ABRAM, H.S.: (a) The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life II. American Journal of Psychiatry, 126, 1969, S. 157-167
- ABRAM, H.S.: (b) Psychotherapy in renal failure. Current Psychiatric Therapies, 10, 1969, S. 86-92
- ABRAM, H.S., MOORE, G.L. and WESTERVELT, F.B.: Suicidal behavior in chronic dialysis patients. American Journal of Psychiatry, 127, 1971, S. 1199-1204
- ABRAM, H.S., HESTER, L.R., EPSTEIN, A.: Sexual activity and renal failure. Proc. 5 Int. Congr. Nephrol. Karger, Basel, 1973
- ABRAM, H.S.: (a) Psychiatric reflections on adaption to repetitive dialysis. Kidney Int., 6, 1974, S. 67-72
- ABRAM, H.S.: (b) The "uncooperative" hemodialysis patient. A psychiatrist's viewpoint and a patient's commentary. In: LEVY, N.B. (Hg.): Living or dying: Adaption to hemodialysis. Springfield, Illinois, 1974, S. 50-62
- ABRAM, H.S.: Psychiatry and medical progress: Therapeutic considerations. Int. Psychiatry in Med., 6, 1/2, 1975, S. 203-211
- ABRAM, H.S.: Survival by machine: The psychological stress of chronic hemodialysis. In: MOOS, R.H. (Hg.): Coping with physical illness. New York, 1977, S. 295-309
- ALEXANDER, F. and FLAGG, G.W.: The psychosomatic approach. In: WOLMAN, B.B.: Handbook of clinical psychology. New York, 1965, S. 855-947
- AMKRAUT, A. and SOLOMON, G.F.: From the symbolic stimulus to the pathophysiologic response: Immune mechanisms. International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 1974, S. 541-560
- ANGER, D.: The psychological stress of chronic renal failure and long-term hemodialysis. Nurs. Clin. North-Amer., 10, 3, 1975, S. 449-460
- AUERBACH, S.M.: Trait-state anxiety and adjustment to surgery. Journal of consulting and clinical psychology, 40, 1973, S. 264-271
- AUSTIN, S.H.: Coping and psychological stress in pregnancy, labor and delivery with natural childbirth and medicated patients. Dissertations Abstracts International, 1975 (May), Vol. 35 (11 - B), 5631

AVERILL, J.R., OPTON, E.M., LAZARUS, R.S.: Cross-cultural studies of psychophysiological responses during stress and emotion. In: LEVI, L.: Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London, New York, Toronto, Oxford, 1971, S. 110-124

AVIRAM, A.: Emotional problems in a chronic dialysis unit. Lancet, 1, 1969, S. 201

BALCK, F., KOCH, U. und SPEIDEL, H.: Zusammenhang zwischen Art der Partnerbeziehung und dem Erleben der Dialyse - Situation bei chronischen Dialysepatienten. Medizinische Psychologie, 2, 1978, S. 221-222

BARTON, E.: Die medizinische, psychische und soziale Rehabilitation von Heimdialysepatienten. Inauguraldisertation, Medizinische Universitätsklinik Würzburg, 1976

BEARD, B.H.: Fear of death and fear of life. The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis and kidney transplantation. Archives of General Psychiatry, 21, 1969, S. 373-380

BEARD, B.H.: The quality of life before and after renal transplantation. Diseases of the nervous system, 71, 1971, S. 24-31

BECK, A.T.: Cognition, anxiety and psychophysiological disorders. In: SPIELBERGER, CH.D. (Hg.) : Anxiety, current trends in theory and research. Vol. II. Academic Press New York, 1972

BEITRÄGE zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen, Sonderreihe Volkszählung, 1970

BINDEBALLE, W. et al.: Der Einfluß der Hämodialyse auf den Hormonhaushalt bei terminaler Niereninsuffizienz. Deutsch. Med. Wschr., 98, 1973, S. 661-665

BIRBAUMER, N. : Die Bewältigung von Angst: Gewöhnung oder Hemmung ? In: BIRBAUMER, N. (Hg.) : Neuropsychologie der Angst. München, Berlin, Wien, 1973, S. 80-92

BIRBAUMER, N.: Physiologische Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York, 1975

BOMMER, J., TSCHÖPE, W., RITZ, E., ANDRARSY, K.: Sexual behaviour of hemodialyses patients. Clinical Nephrology, 6, 1, 1976, S. 315-318

BOYD, I., YEAGER, M., MC MILLAN, M.: Personality styles in the postoperative course. Psychosomatic Medicine, 35, 1973, S. 23-40

BRADY, J.V.: Endocrine and autonomic correlates of emotional behaviour. In: BLACK, P. (Hg.): Physiological correlates of emotion. New York, 1970

BRADY, J.V.: Emotion revisited. In: BRADY, J.V. and NAUTA, W.J.H.: Principles, practices and positions

in neuropsychiatric research. Oxford, 1972

- BRADY, J.V., FINDLEY, J.D., HARRIS, A.: Experimental psychopathology and the psychophysiology of emotion. In: KIMMEL, H.D. (Hg.): Experimental psychopathology. New York, 1971
- BROWN, T.M., FEINS, A., PARKE, R.C., PAULUS, D.A.: Living with long-term home dialysis. Annals of Internal Medicine, 81, 1974, S. 165-170
- BROWN, H.W., MAHER, J.F., LAPIERRE, L., BLEDSOE, F.H., SCHREINER, G.E.: Clinical problems related to the prolonged artificial maintenance of life by hemodialysis in chronic renal failure. Transactions of the American Society for Artificial Organs, 8, 1962, S. 281-291
- BRUNER, J.S., POSTMAN, L.: Tension and tension release as organizing factors in perception. Journal of Personality, 15, 1947, S. 300-308
- BURTON, B.T.: Socio-economic aspects of hemodialysis. Proc. 4th Int. Congr. Nephrol., Stockholm 1969, Vol. 3 S. 141-150
- BYRNE, D.: The repression-sensitization scale: rationale, reliability and validity. Journal of personality, 29, 1961, S. 334-349
- BYRNE, D., BARRY, J., NELSON, D.: Relation of the revised repression-sensitization scale to measures of self-description. Psychol. Rep., 13, 1963, S. 323-334
- CANNON, W.B., DE LA PAZ, D.: Emotional stimulation of adrenal secretion. American Journal of Physiology, 27, 64, 1911
- CANNON, W.B.: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York, Appleton, 1920
- CAFLAN, G.: Principles of preventive psychiatry. New York, 1964
- CATTELL, R.B. and EBER, H.W.: Handbook of the 16 personality factor questionnaire IPAT, Champaign, 1967
- CAZZULO, C., INVERNIZZI, G., VENTURA, R. et al.: Psychosomatic implications in chronic hemodialysis. Psychother. Psychosom., 22, 1973, S. 341-346
- CHERLIN, A. and BOURQUE, L.B.: Dimensionality and reliability of the Rotter I-E- scale. Sociometry, 37, 1974, S. 565-582
- CHODOFF, P., FREEDMAN, S.B., HAMBURG, D.A.: Stress defenses and coping behaviour: Observations on parents of children with malignant disease. Amer. J. Psychiat., 120, 1964, S. 743-749
- CLADE, H.: Finanzielle Grenzen des Dialyseprogramms. Deutsches Ärzteblatt, 50, 1977, S. 2967 ff

- COHEN, F. and LAZARUS, R.S.: Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. *Psychosom. Med.*, 35, 5, 1973, S. 375-389
- CORSON, S.A., CORSON, O'L.: Psychosocial influences on renal function - implications for human pathophysiology. In: LEVI, L.: Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London, New York, Toronto, Oxford, 1971, S. 338-351
- CRAMOND, W.A., COURT, J.H., HIGGINS, B.A., KNIGHT, P.R., LAWRENCE, J.R.: Psychological screening of potential donors in a renal homotransplantation programme. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1967, S. 1213-1221
- CRAMOND, W.A., KNIGHT, P.R., LAWRENCE, J.R.: The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic haemodialysis and renal homotransplantation. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1967, S. 1201-1212
- CRAMOND, W.A., KNIGHT, P.R., LAWRENCE, J.R., HIGGINS, B.A., et al. : Psychological aspects of the management of chronic renal failure. *British Medical Journal*, 1, 1968, S. 539-543
- CROOG, S.H., SHAPIRO, D.S., LEVINE, S.: Denial among male heart patients. *Psychosom. Med.*, 33, 1971, S. 385-397
- CROSBY, D.L.: Emotional problems in a chronic haemodialysis unit. *Lancet*, 2, 1968, S. 1188-1189
- CUMMINGS, J.W.: Hemodialysis: Feelings facts fantasies: The pressures and how patients respond. *American Journal of Nursing*, 70, 1, 1970, S. 70-76
- D'AFFLITTI, J. and SWANSON, D.: Group sessions for the wives of home-hemodialysis patients. *Am. J. Nurs.*, 75, 1975, S. 633-635
- DALY, R.J.: Psychiatric aspects of maintenance haemodialysis. *Proceeding of the 4th International Congress of Nephrologes*, 3, 121, 1969
- DARWIN, C.: The origin of species. London, 1859
- DAVIDSON, P.O., NEUFELD, R.W.J.: Response to pain and stress: a multivariate analysis. *J. of Psychosomatic R.*, 18, 1974, S. 25-32
- DAVIES-OSTERKAMP, S.: Angst und Angstbewältigung bei chirurgischen Patienten. *Medizinische Psychologie*, 3, 1977, S. 169-184
- DENEKE, F.W. und DAHME, B.: Psychophysiologie: Beiträge zur Medizinischen Psychologie und Psychosomatik. In: DENEKE, F.W. (Hg.): *Lehrbuch der Medizinischen Psychologie*, Köln, 1977, S. 62-126

- DREES, A.: Möglichkeiten und Grenzen einer Psychotherapie bei der Rehabilitation chronisch-organisch Kranker am Beispiel des Dialysepatienten. Niedersächs. Ärzteblatt, 17, 1976, S. 564-570
- DREES, A.: Psychologische Probleme bei Nierenpatienten. Der Dialysepatient, 6, 1977, S. 148-151
- DREES, A.: Der Dialysepatient und sein Behandlungsteam. Der Dialysepatient, 3, 1978, S. 64-68
- ELLIS, A.: Die rational-emotive Therapie. München, 1977
- ENGEL, G.L.: A life setting conducive to illness: The giving up- given-up complex. Annals of Internal Medicine, 69, 1968, S. 293-300
- EPSTEIN, S.: Versuch einer Theorie der Angst. In: BIRBAUMER, N. (Hg.): Neuropsychologie der Angst. München, Berlin, Wien, 1973, S. 184-242
- FEHM, H.L. und VOIGT, K.H.: Psychoneuroendokrinologie. In: UEXKÜLL, Th. von (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 149-169
- FINKELSTEIN, F.O., FINKELSTEIN, S.H., STEELE, TH.E.: Assessment of marital relationships of hemodialysis patients. Am. J. Med. Sci., 271, 1976, S. 21-28
- FISHER, S.: The renal dialysis client. A rational counseling approach. Rehabilitation Counseling Bulletin, 1976, S. 556-562
- FISHMAN, P.B., SCHNEIDER, C.J.: Predicting emotional adjustment in home dialysis patients and their relatives. J. Chron. Dis., 25, 1972, S. 99-109
- FLEMMING, B.: Angst und Angstabwehr bei starker psychischer Belastung vor Herzoperationen. Versuch einer Konstruktvalidierung der Angsttheorie des Sensitization - Repression - Konzeptes in einer Feldstudie. Unveröff. Dissertation, Hamburg, 1977
- FOSTER, F.G., COHN, G.L., MC KEGNEY, F.P.: Psychologic factors and individual survival on chronic renal hemodialysis - a two year follow-up. Part I. Psychosomatic Medicine, 35, 1973, S. 64-82
- FOY, A.L.: Dreams of patients and staff. American Journal of Nursing, 70, 1, 1970, S. 80-82
- FRANKENHAUFER, M.: Experimental approaches to the study of human behaviour. In: LEVI, L.: Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London, New York, Toronto, Oxford, 1971, S. 22-35

- FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. G.W. 14 (1926), London, 1950
- FREYBERGER, H. und BAUDITZ, W.: Psychosyndrome und somatische Reaktionen bei chronisch Nierenkranken im Haemodialysedauerprogramm. Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 75, Kongr., 1969, S. 971-977
- FREYBERGER, H. und SPEIDEL, H.: Psychosomatische Aspekte der Heimdialyse. Therapiewoche, 22, 1972, S. 2924-2927
- FREYBERGER, H.: Psychotherapeutische Möglichkeiten und psychosoziale Rehabilitationsprozesse bei chronisch Nierenkranken im Dauerdialyseprogramm. Fortschr. Med., 91, 3, 1973, S. 93-95
- FREYBERGER, H., BAUDITZ, W., SPEIDEL, H.: Psychosoziale Rehabilitationsprozesse bei Dauerdialysepatienten. Die Rehabilitation, 3, 1974, S. 151-162
- FREYBERGER, H.: Renal transplant unit. Adv. psychosom. Med., 10, 1980, S. 151-177
- FRIEDMANN, E., GOODWIN, N., CHANDHRY, L.: Psychosocial adjustment to maintenace hemodialysis. New York State J. Med., 1970, I S. 629-637; II, S. 767-774
- FROESE, A., HACKETT, T.P, CASSEM, N.H., SILVERBERG, E.L.: Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction. Patients during hospitalization. J. of Psychosom. Res., 18, 1974, S. 413-420
- GAUS, E. und KÖHLE, K. : (a) Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: UEXKÜLL, Th. von (Hg.) : Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 745-760
- GAUS, E. und KÖHLE, K. : (b) Die Therapie der chronischen terminalen Niereninsuffizienz aus psychosomatischer Sicht: Hämodialyse und Transplantation. In: UEXKÜLL, Th von (Hg.) : Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 789-810
- GENTRY, W.D., DAVIS, G.C.: Cross-sectional analysis of psychological adaption to chronic hemodialysis. J. Chr. Dis., 25, 1972, S. 545-550
- GENTRY, W.D., FOSTER, S., HANEY, T.: Denial as a determinant of anxiety and perceived health status in the coronary care unit. Psychosom. Med., 34, 1972, S. 39-44
- GLASSMAN, B.M., SIEGEL, A.: Personality correlates of survival in long-term hemodialysis program. Archives of General Psychiatry, 22, 1970, S. 566-574

- GLESER, G.C., IHILEVIC, P.: An objective instrument for measuring defense mechanisms. J. Consult. Clinic. Psychol., 33, 1969, S. 51 ff
- GOLDFRIED, M.R., D'ZURILLA, T.J.: A behaviour-analytic model for assessing competence. In: SPIELBERGER, C.D.: Current topics in clinical and community psychology. Vol. 1. New York, 1969, S. 151-196
- GOLDSTEIN, A.M.: The subjective experience of denial in an objective investigation of chronically ill patients. Psychosomat., 13, 1972, S. 20-27
- GOLDSTEIN, A.M., REZNIKOFF, M.: Suicide in chronic hemodialysis patients from an external locus of control framework. American Journal of Psychiatry, 127, 1971, S. 1204-1207
- GORDON, J.E.: Interpersonal predictions of repressors and sensitizers. Journal of Personality, 25, 1957, S. 686-698
- GOTTSCHALCH, W., NEUMANN-SCHÖNWETTER, M., SOUKUP, G.: Sozialisationsforschung. Materialien, Probleme, Kritik. Frankfurt a.M., 1972
- GRAEFE, U., STEINHAUSEN, D.; LANGER, K., ALTERHOFF, G., KNOLL, O. und LOEW, H.: Neuropathie and short time hemodialysis. Proc. Eur. Dial. Transplant Assoc., 16, 1979, S. 729-730
- GREENBERG, I.M., WELTZ, S., SPITZ, C.: Factors of adjustment in chronic hemodialysis patients. Psychosomatics, 16, 4, 1975, S. 178-184
- GURLAND, H.J., BRUNNER, I.P., VAN DETAN, H. et al.: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe III, 1972. In: MOORHEAD, J.F. (Hg.): Proc. EDTA, vol. 10, S. XVII-LVII, Pitman Medical Bath, 1973
- HACKETT, T.P., CASSEM, N.H., WISHNIE, N.H.: The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards. New Eng. J. Med., 279, 1968, S. 1365 ff
- HAGBERG, B.: A prospective study of patients in chronic haemodialysis III. Predictive value of intelligence, cognitive deficit and ego defense structures in rehabilitation. J. Psychosom. Res., 18, 1974, S. 151-160
- HAMBITZER, M.: Der Dialysepatient und seine Familie. Der Dialysepatient, 3, 1978
- HAMBURG, D.A.: Coping behaviour in life-threatening circumstances. Psychotherapy and Psychosomatics, 23 (1-6), 1974, S. 13-25
- HAMBURG, D., ADAMS, J.E.: A perspective on coping behavior. Archives of General Psychiatry, 17, 1967, S. 272-284
- HEBB, D.O.: Drives and the conceptual nervous system. Psychol. Rev., 62, 1955, S. 243-254

- HEINEMANN, L., PRECHT, K., ROESELER, B. et al.: Gedanken zu einem abgestuften psychosozialen Betreuungssystem im Rahmen der Rehabilitation von Dialysepatienten. Z. Urol. Nephrol., 67, 1974, S. 19-28
- HEINEMANN, L., PRECHT, K., THIEL, U.: Psychische Fragen bei der Führung terminal Nierenkranker. Teil 3: Über korrelative Faktoren des Kooperationsverhaltens terminal Nierenkranker im therapeutischen Prozeß. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 26, 12, 1974, S. 722-731
- HELLHAMMER, D., HELLHAMMER, J.: Therapierelevante neuropsychologische Aspekte psychosomatischer Erkrankungen. In: Dtsch. Ges. f. Verhaltenstherapie (Hg.): Klinische Psychologie, Kongreßbericht II, Hamburg 1978. Sonderheft 2 der Mitteilungen der DGVT, 1979, S. 200-212
- HESS, W.R.: Das Zwischenhirn. Basel, 1949
- HICKEY, K.M.: Impact of kidney disease on patient, family and society. Social Casework, 53, 1972, S. 391-398
- HOISTAD, J.C.: The human aspects of kidney disease. Dissertation Abstracts International, 1975 (Dec.), Vol. 36 (6-b) 3045
- HOLCOMB, J.L., MAC DONALD, R.W.: Social functioning of artificial kidney patients. Soc. Sci. a. Med., 7, 1973, S. 109-119
- HOLLON, T.H.: Modified group therapy in the treatment of patients on chronic hemodialysis. Amer. J. Psychother., 26, 1972, S. 501-510
- HOLMES, T.H., RAHE, R.H.: The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res., 11, 1967, S. 213-218
- HRUBESCH, M., WAGNER, H., HAUSS, H.: Veränderungen des endokrinen Systems unter chronischer Hämodialyse. Mat. Med. Nordmark, 27/10, 1975, S. 304-325
- JAEGGI, E.: Kognitive Verhaltenstherapie. Weinheim und Basel, 1979
- JANIS, I.L.: Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York, 1958
- JANIS, I.L., LEVENTHAL, H.: Psychological aspects of physical illness and hospital care. In: WOLMAN, B.B. (Hg.): Handbook of clinical psychology. Mc Graw Hill, New York, 1965, S. 1360-1377
- JOEL, S., WIEDER, S.: Factors involved in adaption¹ to the stress of hemodialysis. Smith Collège Studies in Social Work, 43, 3, 1973, S. 193-205

- JORASCHKY, P., KÖHLE, K.: Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der Psychosomatischen Medizin. In: UEXKÜLL, Th. von (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 170-202
- JULI, D., ENGELBRECHT-GREVE, M.: Streßverhalten ändern lernen. Reinbek, 1978
- KAISER, P.F.: Kompetenzepedemiologie - Überlegungen zu einer Epidemiologie psychosozialer Fertigkeiten. In: SOMMER, G., ERNST, H. (Hg.): Gemeindepsychologie. München, Wien, Baltimore, 1977, S. 99-117
- KAPLAN, D.M., SMITH, A., GROBSTEIN, R., FISHMAN, S.T.E.: Family mediation of stress. Social Work, 18, 4, 1973, S. 60-69
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: Emotional problems and reactions of the medical team in a chronic hemodialysis unit. Lancet, 2, 1968, S. 987-991
- KAPLAN DE NOUR, A., SHALTIEL, J., CZACZKES, J.W.: Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. Psychosomatic Medicine, 30, 1968, S. 521-533
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: Psychotherapy with patients on chronic hemodialysis. Brit. J. of Psychiatry, 116, 1970, S. 207-215
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: Personality factors in chronic hemodialysis patients causing noncompliance with medical regimen. Psychosom. Med., 34, 4, 1972, S. 333-344
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W., LILOS, P.: A study of chronic hemodialysis teams - differences in opinions and expectations. J. Chron. Dis., 25, 1972, S. 441-448
- KAPLAN DE NOUR, A.: Role and reactions of psychiatrists in chronic hemodialysis programm. Psychiat. Med., 4, 1973, S. 63-76
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: (a) Personality and adjustment to chronic hemodialysis. In: LEVY, N.B. (Hg.): Living or dying: Adaption to hemodialysis. Springfield, Illinois, 1974, S. 102-127
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: (b) Team-patient interaction in chronic hemodialysis units. Psychotherapy and Psychosomatics, 24, 1974, S. 132-136
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: (c) Bias in assessment of patients on chronic dialysis. J. Psychosom. Res., 18, 1974, S. 217-221
- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: (d) Adjustment to chronic hemodialysis. Israel J. of med. Sciences, 10, 1974, S. 498-503

- KAPLAN DE NOUR, A., CZACZKES, J.W.: The influence of patient's personality on adjustment to chronic hemodialysis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 162, 1976, S. 323-333
- KAYE, M., CHATTERGIE, G., COHEN, G.F.: Bone disease and chronic hemodialysis. *Proc. 4th Int. Congr. Nephrol.*, Stockholm 1969, Vol. 3, S. 151-164
- KENNEDY, A.C. et al.: A scoring system for assessing patients on regular dialysis. *Lancet*, 1969, S. 701-702
- KEREKJARTO, M. VON: *Medizinische Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York, 1974
- KEREKJARTO, M. VON, MEYER, A., ZERSSSEN, D. VON: Die HHM-Beschwerdenliste bei Patienten einer internistischen Ambulanz. *Ztschf. f. psychosomatische Medizin*, 1, 1972, S. 1-16
- KILPATRICK, D.G., MILLER, W.G., WILLIAMS, A.V.: Locus of control and adjustment to long-term hemodialysis. *Proc. 80th Annual Convention, APA*, 1972, S. 727-728
- KIMBALL, C.P.: The experience of open heart surgery. II Determinants of post-operative behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 1970, S. 259-274
- KLIX, F.: *Information und Verhalten*. Bern, Stuttgart, Wien, 1971
- KÖHLE, K., SIMONS, C., URBAN, H.: Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: UEXKÜLL, TH. VON (Hg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 811-831
- KORNFELD, D.S.: The hospital environment: Its implication on the patient. In: LIPOWSKI, Z. J. (Hg.): *Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial Aspects of Physical illness*, 8. Basel, München, Paris, London, New York, Sidney, 1972, S. 252-270
- KOSSORIS, P.: An adjunct to hemodialysis and transplantation. *Amer. J. Nursing*, 70, 1970, S. 1730-1733
- KROHNE, H.W.: Psychologischer Stress, Angstkontrolle und Differenziertheit der Personenwahrnehmung. *Ztsch. f. Sozialpsychologie*, 4, 1973, S. 87-102
- KROHNE, H.W.: Untersuchungen mit einer deutschen Form der Repression-Sensitization-Skala. *Ztsch. f. Klinische Psychologie*, 3, 1974, S. 238-260
- KROHNE, H.W.: *Angst und Angstverarbeitung*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1975
- KROHNE, H.W.: *Theorien zur Angst*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1976

- KÜBLER-ROSS, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart, Berlin, 1969
- LANDESAMT für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. Die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen 1976, Teil 1, Bevölkerungsstand, Bevölkerungsbewegung
- LANGER, E.J., JANIS, I.L., WOLFER, J.A.: Reduction of psychological stress in surgical patients. Journal of Experimental Social Psychology, 11, 1975, S. 155-165
- LANGER, I., SCHULZ VON THUN, F.: Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. München, 1974
- LAZARUS, R.S., ALFERT, E.: The short-circuiting of threat. Journal of abnormal and social Psychology, 69, 1964, S. 195-205
- LAZARUS, R.S.: Psychological stress and the coping process. New York, Toronto, London, 1966
- LAZARUS, R.S.: The concepts of stress and disease. In: LEVI, L.: Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London, New York, Toronto, Oxford, 1971, S. 53-58
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R., OPTON, E.M.: Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie. In: BIRBAUMER, N. (Hg.): Neuropsychologie der Angst. München, Berlin, Wien, 1973, S. 158-184
- LAZARUS, R.S.: Psychological stress and coping in adaptation and illness. International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 1974, S. 321-333
- LAZARUS, R.S.: Patterns of adjustment. New York, 1976
- LEONTJEW, A.N.: Tätigkeit und Bewußtsein. Sozialwissenschaft - Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge, 5, 1973, S. 515-531
- LEVI, L.: Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London, New York, Toronto, Oxford, 1971
- LEVY, N.B. (Hg.): Living or dying: Adaption to hemodialysis. Springfield, Illinois, 1974
- LEVY, N.B.: Sexual adjustment to maintenance hemodialysis and renal transplantation: National survey by questionnaire: Preliminary report. In: LEVY, N.B. (Hg.): Living or dying: Adaption to hemodialysis. Springfield, Illinois, 1974, S. 127-140
- LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, Berlin, Basel, 1969
- LINK, P.: Die psychischen Auswirkungen der Hämodialyse und der Nierentransplantation. Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1975

- LIPOWSKI, Z.J.: Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry in Medicine*, 1, 1970, S. 91-102
- LIPOWSKI, Z.J.(Hg.): *Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial aspects of physical illness*, 8. Basel, München, Paris, London, New York, Sydney, 1972
- LISCH, R., KRIZ, J.: *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*. Hamburg, 1978
- LOHMANN, R.: Der chronisch körperlich Kranke. *Internist*, 13, 1972, S. 452-460
- LOHMANN, R.: Psychotherapeutische Poliklinik bei Patienten mit Dialyseverfahren. *Erfahrungsheilkunde*, 22, 1973, S. 233-238
- LÜTZENKIRCHEN, J.: Psychotherapeutische Führung von Dialysepatienten. *Med. Klin.*, 69, 1974, S. 152-155
- MALMO, R.B.: Activation: a neurophysiological dimension. *Psychol. Rev.*, 66, 1959, S. 367-386
- MALMQUIST, A. et.al.: Factors in psychiatric prediction of patients beginning hemodialysis: a follow-up of 13 patients. *J. Psychosom. Res.*, 16, 1972, S. 19-23
- MALMQUIST, A.: A prospective study of patients in chronic hemodialysis: II. Predicting factors regarding rehabilitation. *J. Psychosom. Res.*, 17, 1973, S. 339-344
- MARSHALL, J.R.: Effective use of a psychiatric consultant on an dialysis unit. *Postgrad. Med.*, 55, 2, 1974, S. 121-125
- MARSHALL, J.R., RICE, D.G., O'MERA, M., SHELP, W.D.: Characteristics of couples with poor outcome in dialysis home training. *J. Chron. Dis.*, 28, 1975, S. 375-381
- MASLOW, A.: The need to know and the fear of knowing. *J. Gen. Psychol.*, 68, 1963, S. 111-125
- MASON, J.W.: A re-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress-theory. *Journal of Psychiatry in Research*, 8, 1971, S. 322-333
- MATTSON, A.: Long-term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaption. In: MOOS, R.H. (Hg.): *Coping with physical illness*. New York, 1977, S. 183-199
- MAURIN, J., SCHENKEL, J.: A study of the family unit's response to hemodialysis. *J. Psychosom. Res.*, 20, 1976, S. 163-168

- MEICHENBAUM, D., CAMERON, R.: The clinical potention of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 1974, S. 103-117
- MENZIES, I.C., STEWART, W.K.: Psychiatric observations on patients receiving regular dialysis treatment. *British Medical Journal*, 1, 1968, S. 544-547
- MLOTT, S.R.: Fantasy and self-esteem of renal dialysis patients and their spouses. *Southern Med. J.*, 69, 1976, S. 1323-1325
- MOCK, L.A.: Psycho-social aspects of home and in-center dialysis. *Dissertations Abstracts International*, 1976, Vol. 36 (11 - B), 5810
- MOORE, G.L.: Nursing response to the long-term dialysis patient. *Nephron*, 9, 1972, S. 193-199
- MOOS, R.H. (Hg.): *Coping with physical illness*. New York, 1977
- MOSS, G.E.: *Illness, immunity and social interaction*. New York, 1973
- MOSS, G.E.: Biosocial resonation: A conceptual model of the links between social behavior and physical illness. *Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 1974, S. 401-410
- NIE, N.H., HULL, C.H., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K., BENT, B.H.: Statistik Programmsystem für Sozialwissenschaften. Programmversion 6. Stuttgart, 1976
- NOELLE-NEUMANN, E.: *Allensbacher Jahrbuch für Demoskopie*, 1976-1977
- PAARBROOK, G.D., DALRYMPLE, D.G., STEEL, D.F.: Personality assessment and postoperative pain and complications. *J. Psychosom. Res.*, 17, 1973, S. 277-285
- PACH, J., WANIK, W., DOSTAL, G., MERGUET, P.: Berufliche Rehabilitation unter Langzeitdialyse und nach Nierentransplantation. *Inn. Med.*, 4, 1977, S. 222-227
- PACH, J., WANICK, W., HARTMANN, H.G.: Änderungen der männlichen Sexualfunktion unter Langzeitdialyse und nach Nierentransplantation aus psychiatrischer Sicht. *Med. Klin.*, 6, 1972, S. 216-220
- PENTECOAST, R.L., ZWERENZ, B., MANNEL, J.W.: Intrafamily identity and home dialysis success. *Nephron*, 17, 1976, S. 88-103
- PICHLMAYR, R.: 10 Jahre Eurotransplant. *Fortschr. Med.*, 95, 1977, S. 2798-2809
- RAHÄUSER, G., BÖKER, W.: Zur psychiatrischen Krisenintervention beim chronisch hämodialysierten Patienten. *Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med.* 76, Kongr. München, 1970, S. 1044-1046

- RAIMBAULT, G.: Psychological aspects of chronic renal failure and haemodialysis. *Nephron*, 11, 1973, S. 252-260
- REGIERUNGSBEZIRK Münster, Schriftliche Mitteilung
- REICHSMAN, F., LEVY, N.B.: Problems in adaption to maintenance hemodialysis. *Arch. Int. Med.*, 130, 1972, S. 859-865
- REIFF, R.: Mental health manpower and institutional change. In: COWEN, E.C., GARDNER, A., ZAX, M. (Hgs): Emergent approaches to mental health problems. New York, 1967, S. 74-88
- REINICKE, P.: Aufgaben der Sozialarbeit bei Dialysepatienten. Erfahrungsaustausch in Berlin. *Öff. Gesundheits.-Wes.*, 38, 1976, S. 740-744
- ROTTER, J.B.: Social learning and clinical psychology. Prentice Hall, 1954
- ROTTER, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs General and Applied*, 80, 1966
- RUPPELT, M., SANDMANN, M.: Alienation und Internale versus Externale Kontrolle: Normierung und Versuch einer Konstruktvalidierung. Unveröff. Diplomarbeit, Münster, 1979
- SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin, Heidelberg, New York, 1969
- SAND, P., LIVINGSTON, G., WRIGHT, R.G.: Psychological assessment of candidates for a hemodialysis program. *Annals of Internal Medicine*, 64, 1966, S. 602-610
- SCHILDKRAUT, J.J., KETY, S.S.: Biogenic amines and emotion. *Science*, 156, 1967, S. 21-30
- SCHMALE, A.H.: Relationship of separation and depression to disease. *Psychosomatic Medicine*, 20, 1958, S. 259-277
- SCHRÖDER, E.: Chronisches Nierenversagen. In: BAG "HILFE FÜR BEHINDERTE e.V." (Hg.): Kommunikation zwischen Partnern. Teil 2: Praxis der Behindertenarbeit, Heft 9, 1977
- SCOTT, D.L.: Psychiatric problems of haemodialysis: Their treatment by hypnosis. *British Journal of Psychiatry*, 122, 1973, S. 91-92
- SCRIBNER, B.H. et al.: The treatment of chronic uremia by means of intermittent hemodialysis: A preliminary report. *Transactions of the Amer. Soc. f. Artificial Internal Organs*, 6, 1960, S. 114-121

- SCRIBNER, B.H.: Maintenance hemodialysis in perspective
- 1969. Proc. 4th Int. Congr. Nephrol., Stockholm 1969,
3, S. 110-120
- SELIGMAN, M., MAIER, S.: Learned helplessness: Theory
and evidence. J. exp. psychol. Gen., 105, 1976,
S. 3-46
- SELYE, H.: The stress of life. New York, 1956
- SELYE, H.: Stress. Reinbek, 1977
- SHAMBAUGH, P.W., KANTER, S.S.: Spouses under stress:
Group meetings with spouses of patients on hemodialy-
sis. American Journal of Psychiatry, 125, 7, 1969,
S. 928-936
- SHANAN, J., KAPLAN DE NOUR, A., GARTY, I.: Effects of
prolonged stress on coping style in terminal renal
failure patients. Journal of Human Stress, 2, 1976,
S. 19-27
- SHEA, E.J., BOGDAN, D.F., FREEMAN, R.G., SCHREINER, G.F.:
Hemodialysis for chronic renal failure: IV Psychologi-
cal considerations. Annals of Internal Medicine, 62,
1965, S. 558-563
- SHORT, M.J., WILSON, W.P.: Roles of denial in chronic
hemodialysis. Archives of General Psychiatry, 20,
1969, S. 433-437
- SIEGRIST, J.: Klinische Arbeit und Interaktion. Stutt-
gart, 1978
- SMITH BORKMAN, TH.: Hemodialysis compliance: The relation-
ship of staff estimates of patients' intelligence and
understanding to compliance. Soc. Sci. Med., 10, 1976,
S. 385-392
- SMITH, E.K., CURTIS, J.R., MAC DONALD, S.J., DE WARDENER,
H.E.: Haemodialysis in the home: Problems and frustra-
tions. Lancet, 1, 1969, S. 614-617
- SOKOLOV, E.N.: Neuronal models and the orienting reflex.
In: BRAZIER, M.A. (Hg.): The central nervous system
and behavior. New York, 1960
- SOKOLOV, E.N.: Higher nervous functions: The orienting
reflex. American Rev. Physiol., 1963
- SOMMER, G.: Kompetenzerwerb in der Schule als Primäre
Prävention. In: SOMMER, G., ERNST, H. (Hg.): Gemeinde-
Psychologie. München, Wien, Baltimore, 1977, S. 70-98
- SORENSEN, E.T.: Group therapy in a community hospital
dialysis unit. Journal of the American Medical Asso-
ciation, 221, 8, 1972, S. 899-901

- SPATH, H. (Hg.): Fallstudien Cluster-Analyse. München, Wien, 1977
- SPEIDEL, H.: Zur psychologischen Situation des Pflegepersonals bei Heimdialyse und Heimdialysetraining. Therapiewoche, 26, 7, 1976, S. 1043-1045
- SPEIDEL, H., BAUDITZ, W., BÜNGER, P., FREYBERGER, H., KERKJARTO, M., RAUB, W.: Beiträge zur Psychopathologie der Dauerdialysepatienten. Verh. Dtsch. Inn. Med., 76, 1970, S. 1040-1042
- SPEIDEL, H., KOCH, U. et al.: Untersuchung zur psychischen Problematik chronischer Hämodialysepatienten unter besonderer Berücksichtigung der Partnerproblematik und der spezifischen Dialysesituation. Unveröff. Arbeitsbericht über den SFB 115, Teilprojekt A2 an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, ohne Jahresang.
- SPREEN, O.: Konstruktion einer Skala zur Messung der manifesten Angst in experimentellen Untersuchungen. Psychologische Forschung, 26, 1961, S. 205-223
- SPREEN, O.: MMPI Saarbrücken. Bern, 1963
- STATISTISCHES Landesamt Nordrhein-Westfalen. Statistische Rundschau für den Regierungsbezirk. Münster, 1971
- STEELE, TH.E., FINKELSTEIN, S.H., FINKELSTEIN, F.O.: Hemodialysis patients and spouses. J. Nerv. Ment. Dis., 162, 1976, S. 225-237
- STEINHAUSEN, D., LANGER, K.: Clusteranalyse. Einführung in Methoden und Verfahren der automatischen Klassifikation. Berlin, New York, 1977
- STRAUCH, M., HÄFNER, H., HUBER, W., RAHÄUSER, G. et al.: Standardisierte soziopsychiatrische Fragebogenuntersuchung beim chronisch-hämodialysierten Patienten. Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 76, Kongr., München, 1970, S. 1042-1044
- STRAUCH, M., HUBER, W., RAHÄUSER, G. et al.: Rehabilitation in patients undergoing maintenance hemodialysis: results of a questionnaire in 15 dialysis centers. Proc. Europ. Dial. Transplant. Ass. 8, 1971
- STRAUCH, M., LITKE, R., SCHAFHEUTLE, R., STRAUCH-RAHÄUSER, G.: Die Beurteilung des somatischen Zustandes chronisch hämodialysierter Patienten mit Hilfe einer standardisierten Kriterienliste (LSK). Nieren- und Hochdruckkrankheiten, 4, 1977, S. 141-143
- STRAUCH-RAHÄUSER, G.: Der chronisch hämodialysierte Patient als Beispiel für seelische Reaktionen auf unheilbare Krankheit. Ärzteblatt Baden-Württemberg, 11, 1975, S. 543-544
- STRAUCH-RAHÄUSER, G.: Psychische und soziale Probleme des Dialysepatienten. Nieren- und Hochdruckkrankheiten, 6, 1977, S. 234-237

- STRAUCH-RAHÄUSER, G., SCHAFFHEUTLE, R. LIPKE, R.:
Measurement problems in long-term dialysis patients.
J. Psychosom. Res., 21, 1977, S. 49-54
- SULLIVAN, M.F.: The dialysis patient and attitudes toward work. Psychiat. Med., 4, 1974, S. 213-219
- TAYLOR, G.J.: Chronic renal failure, hemodialysis and the liaison psychiatrist. Can. Med. Assoc. J., 106, 1972, S. 1318-1323
- TSALTAS, M.O.: Children of home dialysis patients. JAMA, 236, 24, 1976, S. 2764-2768
- TUCKMAN, A.J., BROOKLYN, M.D.: Brief psychotherapy and hemodialysis. Arch. Gen. Psychiat., 23, 1970, S. 65-69
- UBERLA, K.: Faktorenanalyse. Eine systematische Einführung für Psychologen, Mediziner, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York, 1971
- UEXKÜLL, J. VON: Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen. Berlin, 1936
- UEXKÜLL, TH. VON (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979
- UEXKÜLL, TH. VON, WESIACK, W.: Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde. In: UEXKÜLL, TH. VON (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore, 1979, S. 170-202
- VERWOERDT, A.: Psychopathological responses to stress of physical illness. In: LIPOWSKI, Z.J. (Hg.): Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial aspects of physical illness, 8. Basel, München, Paris, London, New York, Sydney, 1972, S. 119-141
- VIEDERMAN, M.: Adaptive and maladaptive regression in hemodialysis. Psychiatry, 37, 1974, S. 68-77
- VISOTSKY, H. et al.: Coping behavior under extreme stress. Archives of General Psychiatry, 5, 1961, S. 423-448
- VOLLRATH, P., FERNER, H., VETTER, P. et al.: Sexualverhalten hämodialysierter Patienten. Inn. Med., 3, 1976, S. 349-356
- VOLLRATH, P., FERNER, H., WETZEL, H.: Interaktionsverhalten zwischen Patienten und Schwestern auf einer Dialysestation. Inn. Med., 4, 1977, S. 169-176
- WARDENER DE, H.D.: Emotional problems in a chronic haemodialysis unit. Lancet, 2, 1968, S. 1141
- WEISS, J.M.: Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. J. comp. physiol. Psychol., 77, 1971, S. 1-30

- WENDLAND, K.-L., LOOCK, W.: Psychodiagnostische Leistungsprüfungen bei Dialysepatienten. Klin. Wschr., 55, 1977, S. 43-44
- WIJSENBECK, H., MUNITZ, H.: Group treatment in a hemodialysis center. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, 73, 1970, S. 213-220
- WINOKUR, M.Z., CZACZKES, J.W., KAPLAN DE NOUR, A.: Intelligence and adjustment to chronic hemodialysis. J. Psychosom. Res., 17, 1973, S. 29-34
- WITTKOWER, E.D.: Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 1974, S. 309-319
- WOLFF, C.T., FRIEDMAN, S.B., HOFER, M.A., MASON, J.V.: Relationship between psychological defenses and mean urinary 17-hydroxy-corticosteroid excretion rates: I. A predictive study of parents of fatally ill children. Psychosom. Med., 26, 1964, S. 576-591
- WRIGHT, R.G., SAND, P., LIVINGSTON, G.: Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure. Annals of Internal Medicine, 64, 1966, S. 611-621
- YALOM, I.D.: Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden; ein Handbuch. München, 1974
- ZERRSEN, D. VON: Beschwerdenliste (Parallelförmige B-L, B-L', Ergänzungsbogen B-L⁰). Beltz-Verlag, Weinheim u. Basel, 1976
- ZIARNIK, J.P., FREEMAN, C.W., SHERRARD, D.J., CALSYN, D.A.: Psychological correlates of survival on renal dialysis. J. nerv. ment. Dis., 164, 1977, S. 210-213

ANHANG A - Fragebögen

1. Psychosozialer Fragebogen
2. Fragebogen zur Erfassung der Internalen -
Externalen Kontrolle
3. Fragebogen zur Erfassung der Repression -
Sensitization
4. Interview-Einschätzverfahren zur Feststellung
der Coping-Strategien
5. Skalen zur Einschätzung des Patienten durch
den Arzt
6. Skalen zur Selbsteinschätzung des Patienten
7. Skalen zur Messung des Medikamentenverbrauchs
8. Beschwerden-Listen B-L, 'B-L' und B-L⁰
9. Standardisierte Liste somatischer Kriterien
für RDT-Patienten und die Erweiterung dieser
Liste

Code (Instrument): _____
 Code (VP)): _____
 Datum : _____

1. Psychosozialer Fragebogen

Der Zweck dieses Fragebogens ist es, einen Eindruck von Ihrer augenblicklichen Situation zu erhalten. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig, und so genau wie möglich. Ihre Antworten, wie auch die anderen Informationen, streng vertraulich behandelt.

- (2) 1. Alter in Jahren
 (3) 2. Geschlecht (1) männlich 0
 (2) weiblich 0
 (4) 3. Familienstand (1) ledig 0
 (2) verheiratet 0
 (3) geschieden 0
 (4) verwitwet 0
 (5) getrennt 0
 (5) 4. Anzahl der Kinder
 (6) 5. Welchen Schulabschluß haben Sie? (1) Sonderschulabschluß 0
 (2) Volksschulabschluß 0
 (3) Mittlere Reife 0
 (4) Abitur 0
 (5) Keinen 0

(7) 6. Sind sie gegenwärtig:
 (Schüler und Student gilt
 als "Berufstätig")

- (1) Vollzeit - berufstätig 0
 (2) Teilzeit - berufstätig 0
 (3) Teilzeit - berufstätig
 und bekommen Rente 0
 (4) Rentner ohne Berufs-
 tätigkeit 0
 (5) Arbeitslos 0
 (6) Unschüler 0

Die Fragen 7. bis 29. wenden sich nicht an alle.
 Bitte beantworten Sie nur den Teil der Fragen,
 der für Sie zutrifft!

Berufstätige (auch Teilzeit und : Frage 7. bis 12.
 Rentner und Arbeitslose : Frage 13. bis 21.
 Unschüler : Frage 22. bis 29.

Ab Frage 30. beantworten Sie bitte wieder
 alle Fragen!

Für Berufstätige:

- (8) 7. Welchen Beruf üben Sie gegenwärtig aus?
 (1) ungelerner/angelernter Arbeiter 0
 (2) Facharbeiter 0
 (3) Angestellter/Beamter ohne Abitur 0
 (4) Angestellter/Beamter mit Abitur 0
 (5) Angestellter/Beamter mit Hochschulabschluß 0
 (6) Selbständiger 0
 (7) Schüler 0
 (8) Student 0
 (9) 8. Haben Sie, seit Ihrer Erkrankung, den Beruf gewechselt?
 (1) Ja 0
 (2) Nein 0
 (10) 9. Falls Sie den Beruf gewechselt haben:
 (Sonst Frage bitte auslassen)
 Haben Sie sich in Art des Berufes und Ansehen verbessert oder verschlechtert?
 (1) Verbessert 0
 (2) Verschlechtert 0
 (11) 10. Durch meine Krankheit habe ich mich finanziell
 (1) Verbessert 0
 (2) Verschlechtert 0
 (3) Nicht verändert 0
 (12) 11. Ich möchte weiterhin berufstätig sein
 (1) Ja 0
 (2) Nein 0

(13) 12. Ich möchte mich umschulen lassen, mich für einen anderen Beruf qualifizieren

(1) Ja
(2) Nein

0
0

Für Rentner und Arbeitslose:

(14) 13. Sind Sie aufgrund Ihrer Krankheit berentet oder arbeitslos?

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(15) 14. Seit wann sind Sie berentet oder arbeitslos?

(1) Seit weniger als 1/2 Jahr
(2) 1/2 bis 1 Jahr
(3) 1 bis 2 Jahre
(4) mehr als 2 Jahre

0
0
0
0

(16) 15. Was war Ihr ehemaliger Beruf?

(1) ungelernter/angelernter Arbeiter
(2) Facharbeiter
(3) Angestellter/Beamter ohne Abitur
(4) Angestellter/Beamter mit Abitur
(5) Angestellter/Beamter mit Hochschulabschluss
(6) Selbständiger
(7) Schüler
(8) Student

0
0
0
0
0
0
0
0

(17) 16. Durch meine Krankheit habe ich mich finanziell

(1) Verbessert
(2) Verschlechtert
(3) Nicht verändert

0
0
0

(18) 17. Ich arbeite nicht mehr, weil es mir aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(19) 18. Ich arbeite nicht mehr, weil ich mir so finanziell genauso gut, oder sogar günstiger stehe

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(20) 19. Ich arbeite nicht mehr, weil ich keine Stelle bekomme

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(21) 20. Falls es möglich wäre, wäre ich gerne wieder berufstätig

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(22) 21. Ich möchte mich gerne umschulen lassen, mich für einen anderen Beruf qualifizieren

(1) Ja
(2) Nein

0
0

Für Umschuler:

(23) 22. Schulen Sie aufgrund Ihrer Krankheit um?

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(24) 23. Seit wann schulen Sie um?

(1) Seit weniger als 1/2 Jahr
(2) 1/2 bis 1 Jahr
(3) 1 bis 2 Jahre
(4) Mehr als 2 Jahre

0
0
0
0

(25) 24. Was war Ihr ehemaliger Beruf?

(1) ungelernter/angelernter Arbeiter
(2) Facharbeiter
(3) Angestellter/Beamter ohne Abitur
(4) Angestellter/Beamter mit Abitur
(5) Angestellter/Beamter mit Hochschulabschluss
(6) Selbständiger

0
0
0
0
0
0

(26) 25. Durch meine Krankheit habe ich mich finanziell

(1) Verbessert
(2) Verschlechtert
(3) Nicht verändert

0
0
0

(27) 26. Ich schule um, weil eine Weiterarbeit im alten Beruf gesundheitlich nicht möglich war

(1) Ja
(2) Nein

0
0

(28) 27. Ich schule um, weil ich mir dann finanziell günstiger stehen werde

(1) Ja 0
(2) Nein 0

(29) 28. Ich schule um, weil ich im alten Beruf keine Stelle mehr bekam

(1) Ja 0
(2) Nein 0

(30) 29. Ich möchte gerne wieder arbeiten

(1) Ja 0
(2) Nein 0

Bitte beantworten Sie nun wieder alle Fragen!

(31) 30. Wieviel Geld steht Ihnen monatlich (falls Sie einen Partner haben inklusiv des Einkommens des Partners) (netto) zur Verfügung?

(1) Unter 600 DM 0
(2) 600 DM bis 1200 DM 0
(3) 1200 DM bis 2000 DM 0
(4) 2000 DM bis 4000 DM 0
(5) Über 4000 DM 0

(32) 31. Seit wann brauchen Sie die Dialyse?

(1) weniger als 2 Jahre 0
(2) weniger als 5 Jahre 0
(3) mehr als 5 Jahre 0
(4) mehr als 10 Jahre 0

(33) 32. Welche Art der Dialyse wird von Ihnen angewandt?

(1) Klinikdialyse 0
(2) "Limited-Care"-Dialyse 0
(3) Heimdialyse 0

(34) 33. Wie häufig führen Sie die Dialyse durch?

(1) Jeden 2. Tag 0
(2) 5 mal pro Woche 0
(3) Jeden 3. Tag 0
(4) 2 mal pro Woche 0

(35) 34. Wie lange dauert eine Dialyse jeweils ?

(1) 2 - 3 Stunden 0
(2) 3 - 4 Stunden 0
(3) 4 - 5 Stunden 0
(4) 5 - 6 Stunden 0
(5) mehr als 6 Stunden 0

(36) 35. Haben Sie bereits einen Transplantations-Versuch hinter sich ?

(1) Ja 0
(2) Nein 0

(37) 36. Haben Sie den Wunsch nach einer Transplantation ?

(1) Ja 0
(2) Nein 0

(38) 37. Leben Sie allein ?

(1) Ja 0
(2) Nein 0

(39-40) 38. Falls Sie nicht allein leben, mit wieviel Personen leben Sie zusammen ?

.....

(41) 39. Falls Sie nicht allein leben, mit wem leben Sie zusammen ?

(1) Eltern 0
(2) Ehepartner 0
(3) Partner 0
(4) Geschwister 0
(5) Freunde / Bekannte 0
(6) Kinder 0

(42) 40. Wo leben Sie ?

(1) In eigenen Haus 0
(2) In einer Eigentumswohnung 0
(3) In einem gemieteten Haus 0
(4) In einer Mietwohnung 0
(5) Zur Untermiete 0
(6) In einem Wohnheim 0

(43-45) 41. Wie weit leben Sie ungefähr von dem Dialyse-Zentrum in Graven entfernt ? (Entfernung in Kilometern)

.....

(46) 42. Wieviel Einwohner hat Ihr Wohnort ?

(1) Weniger als 2000 0
(2) Zwischen 2000 und 100.000 0
(3) Mehr als 100.000 0

Bitte beantworten Sie die letzten Fragen
nur, wenn Sie mit einem Ehepartner oder
Partner zusammenleben

- (47) 43. Welchen Beruf übt Ihr Partner gegenwärtig aus ?
- | | | |
|-----|---|-----------------------|
| (1) | Ungelernter/angelernter Arbeiter | ☐ |
| (2) | Facharbeiter | ☐ |
| (3) | Angestellter/Beamter ohne Abitur | ☐ |
| (4) | Angestellter/Beamter mit Abitur | ☐ |
| (5) | Angestellter/Beamter mit Hochschulabschluss | ☐ |
| (6) | Selbständiger | ☐ |
| (7) | Schüler | ☐ |
| (8) | Student | ☐ |
- (48) 44. War Ihr Partner bereits vor Ihrer Erkrankung berufstätig ?
- | | | |
|-----|------|-----------------------|
| (1) | Ja | ☐ |
| (2) | Nein | ☐ |

2. Fragebogen zur Erfassung der Internation - Externalisation Kontrolle

Sie finden unter den Nummern 1 - 29 jeweils zwei Sätze (a und b) aufgeführt. Bitte wählen Sie jedesmal denjenigen der beiden Sätze aus, den Sie persönlich für den zutreffenderen halten, und kreuzen Sie diesen (und jeweils nur diesen) an.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten; es kommt nur darauf an, daß Sie wirklich jedesmal den Satz ankreuzen, der Ihrer persönlichen Meinung nach zutreffender ist (nicht den, von dem Sie glauben, daß man ihn wählen sollte oder dessen Zutreffen Sie gern verwirklicht sehen möchten).

Bitte treffen Sie Ihre Wahl sorgfältig, ohne sich aber bei irgendeiner Entscheidung allzuviel Zeit zu nehmen und lassen Sie keine Antwort aus.

In einigen Fällen mögen Sie im Grunde beide Behauptungen - oder auch keine von beiden - für zutreffend halten. Kreuzen Sie dann bitte dennoch einen der beiden Sätze an, nämlich denjenigen, den Sie wenigstens vergleichsweise für den zutreffenderen ansehen können.

Ich meine eher:

1. — a) Kinder geraten deshalb in Schwierigkeiten, weil sie von ihren Eltern zuviel bestraft werden.
— b) Kinder machen heutzutage deshalb Schwierigkeiten, weil ihre Eltern zu nachgiebig mit ihnen sind.
2. — a) An vielen unerfreulichen Dingen, die einem im Leben zustoben, sind unglückliche Zufälle schuld.
— b) Am eigenen Mißgeschick sind meistens die eigenen Fehler schuld.
3. — a) Kriege gibt es hauptsächlich deswegen, weil die Menschen nicht genug Interesse für Politik aufbringen.
— b) Kriege wird es immer geben, wie sehr sich auch die Menschen um ihre Verhinderung bemühen.
4. — a) Auf die Dauer wird jedem der Respekt entgegengebracht, den er verdient.
— b) Leider bleibt der Wert eines Menschen oft unerkannt, wie sehr er sich auch bemühen mag.
5. — a) Es ist Unsinn anzunehmen, daß Lehrer ihren Schülern gegenüber ungerecht sind.
— b) Die meisten Schüler merken gar nicht, wie sehr ihre Noten von Zufälligkeiten abhängen.
6. — a) Ohne eine Portion Glück kann niemand ein fähiger und effektiver Vorgesetzter sein.
— b) Fähige Leute, die es trotzdem zu keiner Führungsposition bringen, haben ihre Chancen nicht richtig genutzt.
7. — a) Gleichgültig wieviel Mühe man sich gibt, manche Leute mögen einen nun einmal nicht.
— b) Wenn Leute keine Freunde gewinnen können, so verstehen sie nicht, mit anderen auszukommen.
8. — a) Bei der Charakterbildung spielt Vererbung die maßgebliche Rolle.
— b) Die Erfahrungen, die man im Leben macht, bestimmen, was aus einem wird.
9. — a) Ich habe oft erfahren, daß alles immer so kommt, wie es kommen muß.
— b) Es war immer günstiger für mich, nach meinen eigenen Entschlüssen zu handeln, als auf das Schicksal zu hoffen.
10. — a) Für einen gut vorbereiteten Schüler gibt es eigentlich so etwas wie ein unfaires Examen nicht.
— b) Prüfungsfragen haben oft so wenig mit dem vorher behandelten Unterrichtsstoff zu tun, daß Lernen eigentlich zwecklos ist.

Code (Instr.): _____

Code (Vp): _____

Datum : _____

11. — a) Erfolg ist das Ergebnis harter Arbeit, Glück hat damit wenig oder nichts zu tun.
— b) Ob man eine gute Stellung bekommt, hängt hauptsächlich davon ab, daß man zur rechten Zeit am rechten Ort ist.
12. — a) Der Durchschnittsbürger hat die Möglichkeit, auf Regierungsentscheidungen Einfluß zu nehmen.
— b) Die Welt wird von ein paar Mächtigen regiert, und der kleine Mann hat da nichts zu sagen.
13. — a) Wenn ich Pläne mache, bin ich meistens sicher, daß ich sie verwirklichen kann.
— b) Es ist nicht immer ratsam, allzu weit voraus zu planen, weil vieles dann doch vom Zufall abhängt.
14. — a) Es gibt bestimmte Leute, die einfach schlecht sind.
— b) In jedem Menschen steckt etwas Gutes.
15. — a) Wenn ich erreiche, was ich möchte, dann hat das für meine Person wenig oder nichts mit Glück zu tun.
— b) Man könnte häufig auch einfach eine Münze werfen, um zu entscheiden, was man tun oder lassen soll.
16. — a) Häufig wird derjenige der Chef, der das Glück gehabt hat, zuerst an der richtigen Stelle zu sein.
— b) Andere dazu zu bringen, das Richtige zu tun, beruht auf einer Fähigkeit und wenig oder gar nicht auf Glück.
17. — a) Hinsichtlich des Weltgeschehens sind die meisten von uns Opfer von Kräften, die wir weder begreifen noch beeinflussen können.
— b) Durch aktive Teilnahme am politischen und gesellschaftlichen Geschehen kann man das Weltgeschehen beeinflussen.
18. — a) Die meisten Leute merken gar nicht, wie stark ihr Leben von Zufällen bestimmt wird.
— b) So etwas wie "glücklicher Zufall" gibt es nicht.
19. — a) Man sollte immer bereit sein, seine Fehler zuzugeben.
— b) Gewöhnlich ist es das Beste, seine Fehler zu verheimlichen.
20. — a) Es ist schwer zu wissen, ob jemand anders einen wirklich mag.
— b) Kieweil Freunde man hat, hängt davon ab, wie nett man selbst ist.
21. — a) Auf die Dauer gesehen gleicht sich Schlechtes im Leben durch Gutes wieder aus.
— b) Die meisten Mißgeschicke haben ihren Grund in Unfähigkeit, Dummheit oder Faulheit.
22. — a) Mit genügend Anstrengung können wir unsaubere politische Machenschaften verhindern.
— b) Es ist schwer, Einfluß darauf zu nehmen, was die Politiker in ihrem Amt tun.
23. — a) Manchmal kann ich nicht begreifen, wie Lehrer zu den Noten kommen, die sie vergeben.
— b) Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Arbeitseinsatz und Benotung.
24. — a) Ein guter Vorgesetzter erwartet von seinen Mitarbeitern, daß sie ihre Entscheidungen selbst treffen.
— b) Ein guter Vorgesetzter sagt jedem Einzelnen genau, was seine Aufgabe ist.
25. — a) Oft habe ich das Gefühl: was mir widerfährt, kann ich nur wenig beeinflussen.
— b) Ich kann nicht glauben, daß Glück oder Zufall eine wichtige Rolle in meinem Leben spielen.
26. — a) Menschen sind einsam, weil sie nicht versuchen, zu anderen nett zu sein.
— b) Es hat wenig Zweck, sich allzusehr um andere zu bemühen; entweder sie mögen einen, oder eben nicht.
27. — a) Auf Sport wird im allgemeinen zu viel Gewicht gelegt.
— b) Mannschaftssport ist eine ausgezeichnete Methode der Charakterschulung.
28. — a) Was mir widerfährt, ist das Ergebnis meines eigenen Handelns.
— b) Manchmal habe ich das Gefühl, daß ich nicht genügend Einfluß darauf habe, in welcher Richtung sich mein Leben entwickelt.
29. — a) In den meisten Fällen kann ich nicht verstehen, warum sich Politiker gerade so und nicht anders verhalten.
— b) Letztlich sind die Bürger für eine schlechte Regierung - in Stadt oder Land - selbst verantwortlich.

3. Fragebogen zur Erfassung der Depression-Sensitization

Sie finden unter den Nummern 1 - 106 jeweils einen Satz aufgeführt.
Bitte kreuzen Sie bei jedem Satz an, ob Sie meinen, daß er auf Sie
zutrifft (= Richtig) oder nicht zutrifft (= Falsch).

Bitte treffen Sie auch hier Ihre Wahl sorgfältig, ohne jedoch zu
lange bei einem Satz zu verweilen und lassen Sie keinen Satz aus.
Falls Sie in einigen Fällen nicht eindeutig sagen können, ob ein
Satz auf Sie zutrifft, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort,
die Sie wenigstens vergleichsweise für zutreffender halten.

Ich meine eher:

(1) Richtig
(2) Falsch

1. Ich habe häufig das Gefühl, als ob ich einen Klumpen im Halse hätte.
2. Manchmal denke ich an Dinge, die zu schlecht sind, um darüber zu reden.
3. Manchmal habe ich Lach- oder Weinanfälle, die ich nicht beherrschen kann.
4. Ich glaube, es ist sicher das Beste, zu schweigen, wenn ich in Schwierigkeiten bin.
5. Es fällt mir schwer, meine Gedanken bei einer Aufgabe oder einer Arbeit zu behalten.
6. Manchmal habe ich tage- wochen- oder monatelang nichts Rechtes zustande gebracht, weil ich mich nicht aufraffen konnte.
7. Ich schlafe unruhig und werde oft wach.
8. Oft habe ich das Gefühl, als schmerze mir der ganze Kopf.
9. Ich gehe lieber an Schulfreunden oder Leuten, die ich längere Zeit nicht gesehen habe, vorbei, wenn sie mich nicht zuerst ansprechen.
10. Ich bin ein guter Gesellschafter.
11. Ich wünsche, ich könnte so glücklich sein, wie andere Leute zu sein scheinen.
12. Ich fühle mich meist niedergeschlagen.
13. Ich habe sicherlich zu wenig Selbstvertrauen.
14. Meistens finde ich, daß das Leben wert ist, gelebt zu werden.
15. Ich tue vieles, was ich hinterher bereue. (Ich bereue etwas mehr oder öfter als andere es anscheinend tun.)

Code(Instr.): _____

Code (Vp): _____

Datum : _____

Ich meine eher:

(1)

(2)

Richtig	Falsch
16. Meine schwersten Kämpfe habe ich mit mir selbst auszufechten.	
17. Ich habe wenig oder gar nicht unter Muskelzuckungen zu leiden.	
18. Ich habe häufig das Gefühl, als hätte ich etwas Falsches oder Böses getan.	
19. Ich bin meistens glücklich.	
20. Manche Leute sind so ammassend, daß ich am liebsten das Gegenteil von dem tun würde, was sie verlangen, selbst wenn ich weiß, daß sie recht haben.	
21. Ich habe oft das Gefühl, als hätte ich ein enges Band um den Kopf.	
22. Ich scheine fast ebenso fähig und geschickt zu sein, wie die meisten Leute um mich herum.	
23. Oft kann ich nicht verstehen, warum ich so mürrisch und verdrießlich gewesen bin.	
24. Ich frage mich gewöhnlich, welche versteckten Gründe jemand haben könnte, wenn er etwas Gutes für mich tut.	
25. Kritik oder Schelten verletzen mich sehr stark.	
26. Mein Benehmen wird weitgehend durch die Sitten meiner Umgebung bestimmt.	
27. Manchmal komme ich mir wirklich nutzlos vor.	
28. Ich habe oft etwas verpaßt, weil ich mich nicht rechtzeitig entschcheiden konnte.	
29. Es macht mich ungeduldig, wenn andere Leute mich um Rat fragen und mich bei der Arbeit an einer wichtigen Sache unterbrechen.	

Ich meine eher:

(1)

(2)

Richtig	Falsch
30. Meistens schlafe ich ein, ohne daß ich von Gedanken oder Ideen geplagt werde.	
31. Ich weine leicht.	
32. Ich kann das, was ich lese, nicht mehr so gut verstehen wie früher.	
33. Ich habe mich in meinem Leben nie besser als jetzt gefühlt.	
34. Ich nehme es übel, wenn mich jemand so Geschick an der Nase herumführt, daß ich zugeben muß, daß er mich zum besten gehalten hat.	
35. Ich ermüde nicht schnell.	
36. Ich lese und informiere mich gern über das, woran ich gerade arbeite.	
37. Ich muß oft dagegen ankämpfen, meine Schüchternheit nicht zu zeigen.	
38. Ich habe selten oder nie Schwindelanfälle.	
39. Mein Gedächtnis scheint in Ordnung zu sein.	
40. Ich mache mir Sorgen über sexuelle Dinge.	
41. Es fällt mir schwer, Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlernen.	
42. Ich habe Angst, den Verstand zu verlieren.	
43. Ich bemerke oft, daß meine Hand zittert, wenn ich etwas tun will.	
44. Meistens fühle ich mich am ganzen Körper schwach.	
45. Ich habe sehr selten Kopfschmerzen.	
46. Wenn ich verlegen bin, bricht mir manchmal der Schweiß aus, was mich sehr stört.	

Ich meine eben:

	(2)	
	Richtig	Falsch
47. Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.		
48. Beim Spazierengehen achte ich sehr darauf, nicht auf Ritten im Gehsteig zu treten.		
49. Es passiert mir oft, daß ich mir um etwas Sorgen mache.		
50. Ich bemerke nur selten Herzklopfen bei mir und komme nur selten außer Atem.		
51. Ich werde leicht wütend und komme dann schnell darüber hinweg.		
52. Ich grüble viel.		
53. Ich habe Zeiten, in denen ich so ruhelos bin, daß ich nicht lange auf dem Stuhl sitzen kann.		
54. Ich habe oft Träume, die ich am besten für mich behalte.		
55. Ich glaube ich bin nicht nervöser als andere.		
56. Ich habe wenig oder gar keine Schmerzen.		
57. Es fällt mir schwer, bei einer Tätigkeit den Anfang zu finden.		
58. Es ist sicherer, niemandem zu trauen.		
59. Wenigstens einmal in der Woche werde ich sehr erregt.		
60. In Gesellschaft habe ich Mühe, den richtigen Gesprächsstoff zu finden.		
61. Ich habe oft das Gefühl gehabt, daß Fremde mich kritisch betrachten.		
62. Ich trinke jeden Tag außergewöhnlich viel Wasser.		

Ich meine eben:

	(2)	
	Richtig	Falsch
63. Ich arbeite unter großer innerer Spannung.		
64. Ich neige dazu, nicht mit Leuten zu sprechen, bis diese mich ansprechen.		
65. Das Leben ist oft eine Last für mich.		
66. In der Schule fiel es mir sehr schwer, vor der ganzen Klasse zu sprechen.		
67. Ich fühle mich meistens einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen bin.		
68. Ich werde leicht verlegen.		
69. Ich habe Geldsorgen und geschäftliche Sorgen.		
70. Ich werde leicht ungeduldig mit anderen.		
71. Ich habe fast immer Angst um irgend etwas oder irgend jemanden.		
72. Manchmal Gerate ich so in Erregung, daß mir das Einschlafen schwer fällt.		
73. Ich vergesse sofort, was man zu mir sagt.		
74. Gewöhnlich muß ich selbst bei Kleinigkeiten erst innehalten und nachdenken, bevor ich etwas tue.		
75. Ich gehe oft auf die andere Straßenseite, um jemandem nicht begegnen zu müssen.		
76. Es kommt mir oft vor, als ob die Dinge nicht wirklich wären.		
77. Ich habe die Angewohnheit, unwichtige Dinge zu zählen, z.B. Straßenlaternen usw.		
78. Ich habe seltsame und fremdartige Gedanken.		

Ich meine eher:

(1)	Richtig	(2)	Falsch
79. Ich habe mich vor Dingen oder Menschen gefürchtet, von denen ich wußte, daß sie mir nicht schaden konnten.			
80. Ich scheue mich nicht, als einzelner in einen Raum zu gehen, in dem andere bereits zusammensitzen und sich unterhalten.			
81. Ich habe mehr Mühe, mich zu konzentrieren, als andere zu haben scheinen.			
82. Ich habe verschiedentlich etwas aufgegeben, weil ich zu wenig von meinen Fähigkeiten hielt.			
83. Schlechte, oft sogar schreckliche Worte kommen mir in den Sinn, und ich kann sie nicht loswerden.			
84. Manchmal kommt mir irgendein unwichtiger Gedanke und läßt mich tegelang nicht los.			
85. Fast jeden Tag erlebe ich etwas, was mich erschreckt.			
86. Ich neige dazu, Dinge schwer zu nehmen.			
87. Ich bin empfindsamer als die meisten anderen Menschen.			
88. Zuweilen scheint mein Verstand langsamer als gewöhnlich zu arbeiten.			
89. Ich habe selten Zeiten niedergeschlagener Stimmung.			
90. Ich wünsche, ich könnte aufhören mir Sorgen über Bemerkungen zu machen, mit denen ich die Gefühle anderer verletzt haben könnte.			
91. Die Menschen enttäuschen mich oft.			
92. Ich fühle mich nicht fähig, irgend jemandem alles über mich zu erzählen.			

Ich meine eher:

(1)	Richtig	(2)	Falsch
93. Meine Pläne schienen oft so voller Schwierigkeiten, daß ich sie aufgeben mußte.			
94. Oft, selbst wenn alles in bester Ordnung ist, habe ich das Gefühl, daß mir alles gleichgültig ist.			
95. Ich hatte manchmal das Gefühl, als haften sich so viele Schwierigkeiten, daß ich sie nicht überwinden könnte.			
96. Ich denke oft, "Ich wollte, ich wäre wieder ein Kind".			
97. Ich fühle mich als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines Guten Bekannten höre.			
98. Oft, wenn ich mich zu sehr schwer zu nehmen, daß ich sie mir nicht aus dem Kopf schlagen kann.			
99. Manchmal denke ich, daß ich überhaupt zu nichts taue.			
100. Ich mache mir ziemlich viel Sorgen über mögliches Mißgeschick.			
101. Ich neige dazu, etwas, was ich vor habe, aufzugeben, weil andere Leute meinen, ich würde es nicht richtig anfangen.			
102. Ich habe mehrmals meine innere Einstellung meiner Lebensarbeit gegenüber geändert.			
103. Ich habe Tagträume, über die ich mit anderen nicht spreche.			
104. Ich hatte oft Schuldgefühle, weil ich so getan habe, als würde mir etwas mehr leid tun, als es in Wirklichkeit der Fall war.			
105. Ich fühle mich meistens müde.			
106. Manchmal fühle ich, daß ich nahe daran bin, zusammenzubrechen.			

Code (Instrument): _____
Code (VP) : _____
Datum : _____

4. Interview - Einschätzverfahren
(zur Feststellung der Coping - Strategien)

Teilstrukturiertes Interview des Psychologen mit dem Patienten

Folgende Bereiche werden angesprochen:

- A Informationsaufnahme - Art der Auseinandersetzung mit der Krankheit und der dadurch bedingten Situation
- B Bedeutung der Krankheit - emotionale Balance
- C Selbstbild - Kompetenzgefühl
- D Zukunftsorientierung - Umgang mit dem Funktionsverlust - Umgang mit der Ungewißheit
- E Beziehung zum Partner
zur Familie
zu Verwandten und Bekannten
- F Erleben der Therapie - des Dialysegerätes
- G Beziehung zu Ärzten und Pflegepersonal
- H Einschätzung des Verhaltens des Patienten während des Interviews

A Informationsaufnahme - Art der Auseinandersetzung mit der Krankheit und der dadurch bedingten Situation

Leitfragen

I Was wissen Sie über Ihre Krankheit

II Wollten Sie weitere Informationen haben

III Wie sieht es tatsächlich aus:

Denken Sie über Ihre Krankheit und Ihre Situation nach, reden Sie mit anderen darüber, versuchen Sie, sie aktiv zu beeinflussen

IV Halten Sie es für effektiv, über Ihre Krankheit und die dadurch, bedingte Situation nachzudenken, mit anderen darüber zu reden und zu versuchen, diese aktiv zu beeinflussen

Code(Instr.):

(1) (2) (3) (4) (5)
ja ja tel nein nein

I INFORMIERTHEIT

(1) 1. Der Patient ist informiert

Er weiß Bescheid über - Er weiß nichts über 0 0 0 0 0

- gesunde Funktion und die angegebene Punkte

- Veränderung derselben durch die Krankheit

- Ursachen der Krankheit

- Lebenserwartung

- Funktionsprinzipien des Dialysegerätes

- die rechtliche Situation

II WUNSCH NACH INFORMATION

(2) 2. Der Patient möchte Informationen haben

Er äußert den Wunsch - Er lehnt Information ab 0 0 0 0 0

nach weiterer Information

III DER PATIENT SETZT SICH MIT SEINER KRANKHEIT UND DER DADURCH BEDINGTEN SITUATION ANGEHENSSEN AUSEINANDER

(1) (2) (3) (4) (5)
sehr häufig mal ten gar nicht

(3) 3. Er denkt über die Krankheit und die damit verbundene Situation nach

(4) 4. Er redet mit anderen über seine Krankheit und die damit verbundenen Konsequenzen

(1) (2) (3) (4) (5)
sehr häufig mal ten gar nicht

5. Er versucht die Krankheit und die damit verbundene Situation aktiv zu beeinflussen

(5) a. Er tritt der Krankheit und der dadurch bedingten Situation aktiv entgegen/ geht auf sie zu 0 0 0 0 0

(6) b. Er geht der Krankheit und der dadurch bedingten Situation aus dem Weg 0 0 0 0 0

(7) c. Er tut beides in ausgeglichenem Maße 0 0 0 0 0

(8) d. Er tut gar nichts 0 0 0 0 0

IV DER PATIENT HÄLT ES FÜR SINNVOLL, SICH MIT SEINER KRANKHEIT UND DER DADURCH BEDINGTEN SITUATION AUSEINANDERZUSETZEN

(1) (2) (3) (4) (5)
sehr häufig mal ten gar nicht

(9) 5. Er hält es für effektiv, darüber nachzudenken 0 0 0 0 0

(10) 7. Er hält es für effektiv, mit anderen darüber zu reden 0 0 0 0 0

8. Er hält es für sinnvoll, die Krankheit und die dadurch bedingte Situation aktiv zu beeinflussen

(11) a. Er hält es für sinnvoll, der Krankheit und der dadurch bedingten Situation aktiv entgegenzutreten 0 0 0 0 0

(12) b. Er hält es für sinnvoll, der Krankheit und der dadurch bedingten Situation aus dem Weg zu gehen 0 0 0 0 0

(13) c. Er hält es für sinnvoll, beides in ausgeglichenem Maße zu tun 0 0 0 0 0

(14) d. Er hält es für sinnvoll, gar nichts zu tun 0 0 0 0 0

(u) Bedeutung der Krankheit - emotionale Balance

Leitfragen

- I Hat sich seit Beginn Ihrer Krankheit Ihr Leben verändert: Wenn Sie darüber nachdenken, was hat sich verändert, wie sehen Sie Ihr Leben jetzt
- II Wie fühlen Sie sich, welche Gefühle verbinden Sie mit Ihrer Krankheit
- III Haben Sie manchmal Angst/Wut/ sind Sie manchmal niedergeschlagen
- IV Falls der Patient nicht von selbst den Tod anspricht: Denken Sie manchmal über den Tod nach
- V Versuchen Sie, Ihre Krankheit in einen größeren Sinnzusammenhang einzuordnen, gelingt Ihnen das und hilft es Ihnen

I. AUSGEWOGENHEIT DER GESEHENEN ASPEKTE

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Der Patient sieht sowohl positive wie negative Aspekte seiner Krankheit und der dadurch bedingten Situation	sehr häufig	manch-mal	sel-ten	gar nicht	
(15) a. Der Patient erwähnt positive Aspekte	0	0	0	0	0
(16) b. Der Patient erwähnt negative Aspekte	0	0	0	0	0
(17) c. Der Patient erwähnt beide Aspekte in ausgeglichenem Maße	ja	mit- eher	tel	nein	nein
(18) d. Der Patient nennt keine Aspekte	0	0	0	0	0

II. AUSGEWOGENHEIT DER GEFÜHLE

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Der Patient nennt positive und negative Gefühle	sehr häufig	manch-mal	sel-ten	gar nicht	
(19) a. Der Patient nennt positive Gefühle	0	0	0	0	0
(20) b. Der Patient nennt negative Gefühle	0	0	0	0	0
(21) c. Der Patient nennt beide Gefühle in ausgeglichenem Maße	ja	mit- eher	tel	nein	nein
(22) d. Der Patient nennt keine Gefühle	0	0	0	0	0

III. INHALT DER GEFÜHLE

- (23) 11. Er meint, daß er wütend/argenlich/aggressiv sei
- sehr selten und/oder sehr intensiv

(1) (2) (3) (4) (5)
ja ja tel nein nein

- (24) 12. Der Patient meint, daß er Angst habe
- sehr häufig und/oder - sehr selten und/oder sehr intensiv sehr schwach

- (25) 13. Der Patient meint, daß er niedergeschlagen sei
- sehr häufig und/oder - sehr selten und/oder sehr intensiv sehr schwach

IV TODESGEDANKEN

	(1)	(2)
(26) 14. Der Patient spricht von selbst den Tod an	ja	nein
(27) 15. Der Patient denkt über den Tod nach	0	0
(28) a. Gefäß	0	0
(29) b. Burschikos	0	0
(30) c. Ängstlich	0	0
(31) d. Niedergeschlagen	0	0

16. Falls der Patient über den Tod spricht: Er spricht über den Tod

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(28) a. Gefäß	sehr häufig	manch-mal	sel-ten	gar nicht	
(29) b. Burschikos	0	0	0	0	0
(30) c. Ängstlich	0	0	0	0	0
(31) d. Niedergeschlagen	0	0	0	0	0

V EINORDNUNG IN EINEN SINNZUSAMMENHANG

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(32) 17. Der Patient versucht seine Krankheit in einen größeren Sinnzusammenhang einzuordnen	ja	mit- eher	tel	nein	nein
(33) a. In einen religiösen	0	0	0	0	0
(34) b. In einen philosophischen	0	0	0	0	0
(35) 19. Falls ja: Es gelingt ihm	0	0	0	0	0
(36) 20. Falls er es versucht: Dies ist ihm eine Hilfe	0	0	0	0	0

(C) Selbstbild - Kompetenzgefühl

Leitfragen

I Hat Ihre Krankheit Ihr Leben verändert - wenn Sie sich selbst beschreiben sollten, wie sehen Sie sich

II Glauben Sie, daß Sie Ihr Leben selbst beeinflussen können

- privat
- beruflich
- in Umgang mit anderen

(1) (2) (3) (4) (5)
sehr häufig/ sehr häufig/ manchmal/ sehr häufig/ selten/ gar nicht
nur

I SELBSTBILD

21. Das Selbstbild des Patienten ist positiv

(37) a. Der Patient nennt bezüglich seiner eigenen Person positive Aspekte 0 0 0 0 0

(38) b. Er nennt bezüglich seiner eigenen Person negative Aspekte 0 0 0 0 0

(39) c. Der Patient nennt bezüglich seiner eigenen Person beide Aspekte in angemessenem Maße (1) (2) (3) (4) (5)
ja eher mit- eher ja tel nein nein

(40) d. Er nennt keine Aspekte 0 0 0 0 0

II DER PATIENT HÄLT SICH FÜR KOMPETENT

(41) 22. Er hält sich bezüglich der Gestaltung seiner freien Zeit für kompetent/ glaubt, daß er seine freie Zeit selbst gestalten kann 0 0 0 0 0

(42) 23. Nur für Berufstätige:

Er hält sich beruflich für kompetent/ glaubt, daß er in seinem Berufs- staltungsspielraum hat 0 0 0 0 0

(43) 24. Er hält sich bezüglich des Umgangs mit anderen Menschen für kompetent/ glaubt, daß er mit anderen gut umgehen kann 0 0 0 0 0

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
fig./nur			gar nicht	

Der Patient ist zuversichtlich bezüglich seiner Kontakte

- Der Patient ist zuverlässig bezüglich seiner Kontakte
- (54) 32. Er glaubt, daß er sie weiterführen/ ausbauen kann
- (55) 33. Er glaubt, daß er mit dem Erwarteten zufrieden sein wird

III FUNKTIONSVERLUST

- (56) 34. Der Patient sieht einen Funktionsverlust aufgrund seiner Krankheit
Er sieht sich - Er sieht keinerlei sehr stark eingeschränkt

(57) 35. Falls ja:
Er akzeptiert den Funktionsverlust
ohne Resignation / hält sein Leben
trotzdem für lebenswert und sieht
Alternativen

- | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
|--|-----|-----|------|------|------|
| 35. Falls ja: | | | | | |
| Er akzeptiert den Funktionsverlust ohne Resignation / hält sein Leben trotzdem für lebenswert und steht Alternativen | ja | ja | teil | nein | nein |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

IV UNGEWISSEHEIT

- (58) 36. Der Patient erlebt eine Ungewißheit aufgrund seiner Krankheit. Er erlebt eine sehr - Er erlebt keine- starke Ungewißheit bei Ungewißheit
- (59) 37. Falls ja, Er kann die erlebte Ungewißheit ohne Verzweiflung ertragen/bleibt trotzdem gelassen und muß nicht ständig daran denken

(E) Beziehung zum Partner zur Familie (diejenigen, mit denen er zusammenwohnt) zu Verwandten und Bekannten

Leitfragen
(Für alle jeweils die Fragen durchgehen!)

I Hat sich Ihre Beziehung seit der Dialyse geändert

II Wie finden Sie Ihre Beziehung

III Reden Sie mit diesen Personen über Ihre Probleme, sprechen Sie mit ihnen über Ihre Gefühle

IV Sind Ihnen diese Personen eine Hilfe

V Können Sie den anderen etwas geben

Partner: *****	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr	häu-	manch-	sehr	
	häu-	fig	mal	ten	sehr
	fig/			gar	sehr
	nur			nicht	
					nicht
I <u>ÄNDERUNG DER BEZIEHUNG</u>					
38. Der Patient nennt bezüglich seiner Beziehung	0	0	0	0	00
(60) a. Verbesserungen	0	0	0	0	0
(61) b. Verschlechterungen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	ja	eh	mit-	eh	sehr
	tel	mal	ten	mal	ten
	nein	nein	nein	nein	nein
(62) c. Er sieht beide Aspekte in ausgeglichener Maße	0	0	0	0	0
(63) d. Er hält die Beziehung für unverändert	0	0	0	0	0

II <u>BEWERTUNG DER BEZIEHUNG</u>					
(64) 39. Der Patient ist zufrieden mit der Beziehung/ findet sie gut	0	0	0	0	0
III <u>OFFENHEIT GEGENÜBER DEM ANDEREN</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr	häu-	manch-	sehr	
	häu-	fig	mal	ten	sehr
	fig/			gar	sehr
	nur			nicht	
(65) 40. Der Patient redet mit ihm über seine Probleme	0	0	0	0	0
(66) 41. Der Patient teilt ihm seine Gefühle mit	0	0	0	0	0
IV <u>HILFE DURCH DEN ANDEREN</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	ja	eh	mit-	eh	
(67) 42. Er hält den Partner für eine Hilfe	0	0	0	0	0
V <u>DEM ANDEREN ETWAS GEBEN</u>					
(68) 43. Er glaubt, daß er dem Partner etwas geben kann	0	0	0	0	0

Familie (Personen, mit denen er zusammenwohnt : *****
Entfällt bei alleine oder nur mit einem Partner wohnenden)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr	häu-	manch-	sehr	
	häu-	fig	mal	ten	sehr
	fig/			gar	sehr
	nur			nicht	
I <u>ÄNDERUNG DER BEZIEHUNGEN</u>					
44. Der Patient nennt bezüglich seiner Beziehungen	0	0	0	0	0
(69) a. Verbesserungen	0	0	0	0	0
(70) b. Verschlechterungen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	ja	eh	mit-	eh	
	tel	mal	ten	mal	ten
	nein	nein	nein	nein	nein
Code(Instr.):					
(1) c. Er sieht beide Aspekte in ausgeglichener Maße	0	0	0	0	0
(2) d. Er hält die Beziehungen für unverändert	0	0	0	0	0

II <u>BEWERTUNG DER BEZIEHUNGEN</u>					
(3) 45. Der Patient ist zufrieden mit den Beziehungen/ findet sie gut	0	0	0	0	0
III <u>OFFENHEIT GEGENÜBER DEN ANDEREN</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr	häu-	manch-	sehr	
	häu-	fig	mal	ten	sehr
	fig/			gar	sehr
	nur			nicht	
(4) 46. Der Patient redet mit den anderen über seine Probleme	0	0	0	0	0
(5) 47. Der Patient teilt ihnen seine Gefühle mit	0	0	0	0	0

IV <u>HILFE DURCH DIE ANDEREN</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	ja	eh	mit-	eh	
(6) 48. Er hält die anderen für eine Hilfe	0	0	0	0	0
V <u>DEN ANDEREN ETWAS GEBEN</u>					
(7) 49. Er glaubt, daß er den anderen etwas geben kann	0	0	0	0	0

P Erleben der Therapie - des Dialysegärtes

Leitfragen

I Hat sich Ihre Beziehung seit der Dialyse geändert

II Wie finden Sie Ihre Beziehung

III Reichen Sie mit diesen Personen über Ihre Probleme, sprechen Sie mit ihnen über Ihre Gefühle

IV Sind Ihnen diese Personen eine Hilfe

V Können Sie den anderen etwas geben

Verwandte und Bekannte

ÄNDERUNG DER BEZIEHUNGEN

50. Der Patient nennt bezüglich seiner Beziehungen

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(8) a. Verbesserungen	0	0	0	0	0
(9) b. Verschlechterungen	0	0	0	0	0
(10) c. Er sieht beide Aspekte in ausgeglichener Weise	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(11) d. Er hält die Beziehungen für unverändert	ja	mit- eher ja	teil- eher ja	nein eher ja	nein eher ja

II BEWERTUNG DER BEZIEHUNGEN

(12) 51. Der Patient ist zufrieden mit seinen Beziehungen/findet sie gut

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(13) 52. Der Patient redet mit den anderen über seine Probleme	0	0	0	0	0
(14) 53. Der Patient teilt den anderen seine Gefühle mit	0	0	0	0	0

III OFFENHEIT GEGENÜBER ANDEREN

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(15) 54. Er hält die anderen für eine Hilfe	ja	mit- eher ja	teil- eher ja	nein eher ja	nein eher ja

V DEN ANDEREN ETWAS GEBEN

(16) 55. Er glaubt, daß er den anderen etwas geben kann

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(17) 56. Der Patient erlebt seine Behandlung als eine Belastung	0	0	0	0	0
(18) 57. Der Patient sieht positive Aspekte seiner Behandlung	0	0	0	0	0
(19) 58. Er fühlt sich dem Dialysegärt als geliebt	0	0	0	0	0

Leitfragen

I Wie erleben Sie Ihre Therapie und den Umgang mit dem Dialysegärt

II Glauben Sie, daß Sie auf den Verlauf Ihrer Gesundheit einen Einfluß haben

I ERLEBEN DER BEHANDLUNG

(17) 56. Der Patient erlebt seine Behandlung als eine Belastung

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(18) 57. Der Patient sieht positive Aspekte seiner Behandlung	0	0	0	0	0
(19) 58. Er fühlt sich dem Dialysegärt als geliebt	0	0	0	0	0

II EINFLUSS AUF DEN VERLAUF DER ERKRANKUNG

(20) 59. Der Patient glaubt, daß er den Verlauf seiner Krankheit durch sein Verhalten aktiv beeinflussen kann

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(21) 60. Er glaubt, daß er den anderen etwas geben kann	ja	mit- eher ja	teil- eher ja	nein eher ja	nein eher ja

Leitfragen

- (Für beide die Fragen jeweils durchgehen)
 I Wie erleben Sie die ärzte/das pflegepersonal
 II Reden Sie mit ihnen über Ihre Probleme, sprechen Sie mit ihnen über Ihre gefühle
 III Geben sie ihnen Informationen/Fragen Sie nach Informationen/Rat
 IV Ist Ihre zusammenarbeit gut

ärzte:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I <u>VERTRAUEN</u>					
(21) 60. Der Patient hat Vertrauen zu den ärzten	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0
II <u>OFFENHEIT</u>					
(22) 61. Der Patient spricht mit den ärzten über seine Probleme	sehr häu- manch-sel-	(1)	(2)	(3)	(4)
	fig/	häu- fig	mal	ten	gar
	0	0	0	0	0
(23) 62. Der Patient teilt ihnen seine Gefühle mit	nur	0	0	0	0

III <u>INFORMATIONSAUSTAUSCH</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(24) 63. Er glaubt, daß er von den ärzten gut informiert wird	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0

(25) 64. Er fragt die ärzte nach Informationen/ Rat	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr häu- manch-sel-	häu- fig	mal	ten	gar
	0	0	0	0	0

IV <u>BEWERTUNG DER ZUSAMMENARBEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(26) 65. Der Patient hält die zusammenarbeit zwischen ihm und den ärzten für gut	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0

I <u>VERTRAUEN</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(27) 66. Der Patient hat Vertrauen zum pflegepersonal	sehr häu- manch-sel-	häu- fig	mal	ten	gar
	0	0	0	0	0

II <u>OFFENHEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(28) 67. Der Patient spricht mit dem pflegepersonal über seine Probleme	sehr häu- manch-sel-	häu- fig	mal	ten	gar
	0	0	0	0	0

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
sehr häu- manch-sel-	häu- fig	mal	ten	gar
0	0	0	0	0

III <u>INFORMATIONSAUSTAUSCH</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(30) 69. Der Patient glaubt, daß er vom pflegepersonal gut informiert wird	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0

(34) 70. Der Patient fragt das pflegepersonal nach Informationen/Rat	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	sehr häu- manch-sel-	häu- fig	mal	ten	gar
	0	0	0	0	0

IV <u>BEWERTUNG DER ZUSAMMENARBEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(32) 71. Er hält die zusammenarbeit zwischen ihm und dem pflegepersonal für gut	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0

H Einschätzung des Verhaltens, das der Patient während des Interviews zeigte

I <u>REFLEKTIERTHEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(33) 1. Der Patient war in der Lage, seine Situation und das eigene Verhalten zu Problematisieren: Er sah die wechselseitige Abhängigkeit von eigenem Verhalten und sozialer Umwelt und konnte dies kritisch hinterfragen	ja	ja	mit- eher	ja	nein
	0	0	0	0	0
II <u>OFFENHEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(34) 2. Der Patient sprach während des Interviews über seine Probleme und Gefühle	0	0	0	0	0
III <u>AUSGEGLICHENHEIT</u>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Der Patient wirkte emotional ausgeglichen	0	0	0	0	0
(35) a. Er war ausgeglichen	0	0	0	0	0
(36) b. Er war ärgerlich-wütend/aggressiv	0	0	0	0	0
(37) c. Er war ängstlich	0	0	0	0	0
(38) d. Er war niedergeschlagen	0	0	0	0	0

Code (Instrument):
 Code (Vp)):
 Datum :

5. Einschätzung des Patienten durch den Arzt

(Psychologische Bewältigung der Krankheit)

Sinn des Krankheitsbegriffs ist es, zu beurteilen, ob der Patient die durch seine Krankheit entstehenden Probleme effektiv bewältigt. Bei soll nicht nur der aktuelle Eindruck, sondern die Erfahrung mit dem Patienten über das letzte halbe Jahr berücksichtigt werden.

(1) (2) (3) (4) (5)
 eher mit- eher
 ja ja teil nein nein

(1) 1. Der Patient wirkt zufrieden und
 ausgeglichen

0 0 0 0 0

(2) 2. Der Patient bewältigt die durch seine
 Krankheit bedingten Probleme gut

0 0 0 0 0

Selbsteinschätzung des Patienten
 Die folgenden Fragen dienen dazu, ein genaueres Bild davon zu bekommen, wie Sie sich im Bezug auf Ihre Krankheit fühlen und welche Beschwerden bei Ihnen auftreten.
 Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an und lassen Sie keine Frage aus!

Code(Instrument): -
 Code(Vp)): -

6. Bewältigung der Krankheit

Wenn Sie das letzte halbe Jahr betrachten, was meinen Sie:

(1) (2) (3) (4) (5)
 eher mit- eher
 ja ja teil nein nein

(6) 1. Ich bin mit meinem Leben zufrieden und
 fühle mich ausgeglichen

0 0 0 0 0

(7) 2. Ich finde, ich bewältige die durch meine
 Krankheit bedingten Probleme gut

0 0 0 0 0

Code(Instrument): -
 Code(Vp)): -

7. Medikamentenverbrauch

Wenn Sie das letzte halbe Jahr betrachten, was meinen Sie:

(11) 1. Schmerzmittel nehme ich

(1) täglich

0

(2) mehrmals wöchentlich

0

(3) wöchentlich

0

(4) monatlich

0

(5) seltener als monatlich

0

(6) gar nicht

0

(12) 2. Beruhigungsmittel nehme ich

(1) täglich

0

(2) mehrmals wöchentlich

0

(3) wöchentlich

0

(4) monatlich

0

(5) seltener als monatlich

0

(6) gar nicht

0

(13) 3. Schlafmittel nehme ich

(1) täglich

0

(2) mehrmals wöchentlich

0

(3) wöchentlich

0

(4) monatlich

0

(5) seltener als monatlich

0

(6) gar nicht

0

Code(V):

Datum :

6. Beschwerdenliste

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung ! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus !

	(5)	(-) (1)	(0)
stark	mäßig	kaum	gar nicht
Ich leide unter folgenden Beschwerden:			
(1) 1. Kniegefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals			
(2) 2. Kurzatmigkeit			
(3) 3. Schwächegefühl			
(4) 4. Schluckbeschwerden			
(5) 5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust			
(6) 6. Druck- oder Völlegefühl im Leib			
(7) 7. Müdigkeit			
(8) 8. Übelkeit			
(9) 9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen			
(10) 10. Reizbarkeit			
(11) 11. Grübeln			
(12) 12. Starkes Schwitzen			
(13) 13. Kreuz- oder Rückenschmerzen			
(14) 14. Innere Unruhe			
(15) 15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen			
(16) 16. Unruhe in den Beinen			
(17) 17. Überempfindlichkeit gegen Wärme			
(18) 18. Überempfindlichkeit gegen Kälte			
(19) 19. Übermäßiges Schlafbedürfnis			
(20) 20. Schlaflosigkeit			
(21) 21. Schwindelgefühl			
(22) 22. Zittern			
(23) 23. Nacken- oder Schulterschmerzen			
(24) 24. Gewichtsabnahme			

3-1'

(25) 1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtschmerzen			
(26) 2. Müdigkeit			
(27) 3. Gleichgewichtsstörungen			
(28) 4. Anfallsartige Atemnot			
(29) 5. Entleerungsgefühl			
(30) 6. Neigung zum Wässern			

(31) 7. Appetitlosigkeit			
(32) 8. Schluckauf			
(33) 9. Herzklopfen, Herzjagen oder Herztöppern			
(34) 10. Rasche Erschöpfbarkeit			
(35) 11. Angstgefühl			
(36) 12. Lebschmerzen (einschl. Magen- oder Unterlebschmerzen)			
(37) 13. Verstopfung			
(38) 14. Energielosigkeit			
(39) 15. Gelenk- oder Gliederschmerzen			
(40) 16. Konzentrationsschwäche			
(41) 17. Kalte Füße			
(42) 18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit			
(43) 19. Leichtes Eröfeln			
(44) 20. Frieren			
(45) 21. Aufsteigende Hitze, Hitzeauswülfungen			
(46) 22. Trübe Gedanken			
(47) 23. Innere Gespanntheit			
(48) 24. Taubheitsgefühl („Erschlaffen“, „Absterben“, Brennen oder Krabben) in Händen und/oder Füßen			

B-10

(49) 1. Chronischer Husten			
(50) 2. Durchfall			
(51) 3. Störungen beim Wasserlassen			
(52) 4. Juckreiz			
(53) 5. Geschwollene Füße			
(54) 6. Blut im Stuhl			
(55) 7. Unverträglichkeit bestimmter Speisen			
(56) 8. Lebensmüdigkeit			
(57) 9. Sehsstörungen			
(58) 10. Hautveränderungen			
(59) 11. Heißhunger			
(60) 12. Starker Durst			
(61) 13. Vergeßlichkeit			
(62) 14. Erbrechen			
(63) 15. Ohnmachtsanfälle oder andere Anläufe von Bewußtlosigkeit			
(64) 16. Berufliche oder private Sorgen			
(65) 17. Bei Frauen: Regelbeschwerden			

NAME d. Patienten..... BEURTEILER..... GESAMTWERT..... DATUM.....

Reale Grunderkrankung.....

(1) (2) (3)

Kategorie	Item	Erkrankungen bzw. klinischer Wert Begleiterkrankungen	Gewicht	Code(Item)	Ja	Nein	nicht erhoben
1		Diabetes		/			
	1	nicht juveniler Diabetes mellitus	3	(1)			
	2	juвениler Diabetes mellitus	6	(2)			
2		Hepatopathie		/			
	3	akute Hepatitis mit hohen Transaminasen	6	(3)			
	4	akute Hepatitis mit niedrigen/normalen Transaminasen	3	(4)			
	5	chronisch persistierende Hepatitis	3	(5)			
	6	chronisch aggressive Hepatitis, Cirrhose	4	(6)			
3	7	persistierende Australia-Antigenämie	1	(7)			
4	8	systolischer Druck: < 160 mmHg	1	(8)			
	9	160-180 mmHg	3	(9)			
	10	180-210 mmHg	4	(10)			
	11	> 210 mmHg	6	(11)			

Kategorie	Item	Erkrankungen bzw. klinischer Wert Begleiterkrankungen	Gewicht	Code(Item)	Ja	Nein	nicht erhoben
5	12	Diastolischer Druck: < 95 mmHg	1	(12)			
	13	95-110 mmHg	2	(13)			
	14	110-130 mmHg	4	(14)			
	15	> 130 mmHg	6	(15)			
6		Fundus hypertonicus		/			
	16	Fundus I	1	(16)			
	17	Fundus II	3	(17)			
	18	Fundus III	5	(18)			
	19	Fundus IV	6	(19)			
7		Herzdilatation (röntgenologisch)		/			
	20	leichte Herzdilatation	2	(20)			
	21	mittelschwere Herzdilatation	4	(21)			
	22	schwergradige Herzdilatation	6	(22)			
8	23	Ruheinsuffizienz	6	(23)			

Kategorie	Item	Erkrankungen bzw. klinischer Wert Begleiterkrankungen	Gewicht	Code(Item)	(1) (2) (0)		
					Ja	Nein	nicht erhoben
9	24	Perikarditis	6	(24)			
10	25	Sek. Hyperparathyreoidismus/biochemische Zeichen	3	(25)			
11	26	Sek. Hyperparathyreoidismus/röntgenologisch: Knochenveränderungen	3	(26)			
12	27	Gefäßverkalkungen	4	(27)			
13	28	Weichteilverkalkungen	5	(28)			
14	29	Sek. Hyperparathyreoidismus/Spontanfrakturen	7	(29)			
15	30	Anämie/Hämatokrit >30%	1	(30)			
	31	25-30%	2	(31)			
	32	20-25%	3	(32)			
	33	15-20%	4	(33)			
	34	<15%	6	(34)			
16	35	Ulcus duodeni	4	(35)			
17	36	Ulcus ventriculi	5	(36)			
18	37	Durchschnittliche Gewichtszunahme im Dialyse- Intervall / 1 kg	1	(37)			

Kategorie	Item	Erkrankungen bzw. klinischer Wert Begleiterkrankungen	Gewicht	Code(Item)	(T) (2) (0)		
					Ja	Nein	nicht erhoben
	38	1-2 kg	2	(38)			
	39	2-3 kg	4	(39)			
	40	3 kg	6	(40)			
19	41	Mittlere Residiurese/ 200 ml/24 h	3	(41)			
	42	200 - 800 ml/24 h	2	(42)			
	43	800 ml/24 h	1	(43)			
20	44	Harnstoff <130 mg % prädiälytisch	1	(44)			
	45	130 - 180 mg %	3	(45)			
	46	> 180 mg %	4	(46)			
21	47	Kreatinin <12 mg % prädiälytisch	2	(47)			
	48	12 - 18 mg %	3	(48)			
	49	> 18 mg %	4	(49)			
22	50	Hyperkaliämie > 6 mval/l prädiälytisch	1	(50)			
	51	6 - 6,5 mval/l	3	(51)			
	52	6,5 - 7 mval/l	4	(52)			

Kategorie	Item	Erkrankungen bzw. klinischer Wert Behandlungserkrankungen	Gewicht	Code/Item	(1) (2) (0)		
					Ja	Nein	nicht erhoben
	53	> 7 mval/l	6	(53)			
23	54	Bilateral nephrektomiert	4	(54)			

Erweiterung der I. O. II.

24	55	Polyneuronitis / Nervenleitgeschw. / Vibration	2	(55)			
25	56	Polyneuropathie (Klinisch)	6	(56)			
26	57	Pleuritis	6	(57)			
27	58	Shuntinfektion	4	(58)			
28	59	Shuntverengung	3	(59)			
29	60	Stückreis	3	(60)			
30	61	Dysaquilibrium	4	(61)			
31	62	Sekels	7	(62)			
32	63	Perforations	2	(63)			
33	64	Magen-Darm-Beschwerden	4	(64)			
34	65	Infektionskrankheiten	4	(65)			

ANHANG B - Tabellen

Tab. 1 : Coping - Interview

Eigenwerte und Varianzanteile der Faktoren
einer Hauptkomponentenanalyse

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	11.30599	12.4	12.4
2	7.69343	8.5	20.9
3	5.94497	6.5	27.4
4	5.57602	6.1	33.5
5	4.76482	5.2	38.8
6	4.18589	4.6	43.4
7	3.97354	4.4	47.7
8	3.44052	3.8	51.5
9	3.38697	3.7	55.2
10	2.83159	3.1	58.4
11	2.76046	3.0	61.4
12	2.50497	2.8	64.1
13	2.36560	2.6	66.7
14	2.21977	2.4	69.2
15	2.07447	2.3	71.5
16	1.82333	2.0	73.5
17	1.69559	1.9	75.3
18	1.60878	1.8	77.1
19	1.52045	1.7	78.8
20	1.41732	1.6	80.3
21	1.29688	1.4	81.8
22	1.23890	1.4	83.1
23	1.15176	1.3	84.4
24	1.08053	1.2	85.6
25	1.01895	1.1	86.7
26	0.97974	1.1	87.8
27	0.92101	1.0	88.8
28	0.86151	0.9	89.7
29	0.82312	0.9	90.6
30	0.73001	0.8	91.4
31	0.71696	0.8	92.2
32	0.67592	0.7	93.0
33	0.63934	0.7	93.7
34	0.58813	0.6	94.3
35	0.52205	0.6	94.9
36	0.47582	0.5	95.4
37	0.45865	0.5	95.9
38	0.39849	0.4	96.4
39	0.39546	0.4	96.8
40	0.32792	0.4	97.2
41	0.32389	0.4	97.5
42	0.28705	0.3	97.8
43	0.26810	0.3	98.1
44	0.24456	0.3	98.4
45	0.22684	0.2	98.6
46	0.19445	0.2	98.8
47	0.17554	0.2	99.0
48	0.15374	0.2	99.2
49	0.14644	0.2	99.4
50	0.13096	0.1	99.5
51	0.10322	0.1	99.6
52	0.10168	0.1	99.7
53	0.08572	0.1	99.8
54	0.07335	0.1	99.9
55	0.05305	0.1	100.0

Tab. 2 : Coping-Interview

Clusteranalyse der Elemente : Ergebnis der 4-Cluster-Lösung mit dem "hill-climbing"-Verfahren

Item-Kurzbezeichnung	Ge- samt	Mittelwerte				Signifikanz der Unterschiede
		Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4	
Informiertheit	1.88	1.81	1.80	1.87	2.00	0.862
Wunsch nach Information	2.08	2.12	1.60	2.62	1.83	0.171
Denken über - Häufigkeit	3.10	2.94	1.60	3.44	3.78	0.000 ^{xxx}
Reden über - Häufigkeit	3.63	3.00	3.90	3.81	3.89	0.012 ^x
Krankheit entgegen treten	2.65	2.62	3.60	3.44	1.44	0.000 ^{xxx}
Krankheit fliehen	4.57	4.37	4.50	4.44	4.89	0.195
Ausgeglichen Krankheit entgegnetret.	3.25	2.87	2.90	2.50	4.44	0.000 ^{xxx}
Passiv Krankheit entgegen treten	3.78	4.00	2.90	3.12	4.67	0.000 ^{xxx}
Effektiv halten nachdenken	4.03	3.19	4.40	4.44	4.22	0.002 ^{xx}
Effektiv halten reden	3.75	2.94	4.20	3.87	4.11	0.001 ^{xxx}
Effektiv h. Krankh. entgegentr.	2.22	2.19	2.60	2.94	1.39	0.000 ^{xxx}
Effektiv h. Krankheit fliehen	4.60	4.37	4.50	4.56	4.89	0.220
Effektiv h. Kr. ausgeglich. entgegentr.	3.55	3.44	2.90	3.00	4.50	0.001 ^{xxx}
Effektiv h. Kr. passiv entegentr.	4.18	4.44	3.90	3.50	4.72	0.001 ^{xxx}
Positive Veränderungen nennen	4.62	4.50	4.90	4.81	4.39	0.195
Negative Veränderungen nennen	3.07	3.12	2.40	2.69	3.72	0.001 ^{xxx}
Veränderungen ausgeglichen nennen	2.85	2.75	3.50	3.12	2.33	0.027 ^x

Tab. 2 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Ge- samt	Mittelwerte			Signifikanz der Unterschiede
		Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4
Keine Veränderungen nennen	3.32	3.37	3.70	3.50	2.89
Positive Gefühle nennen	4.57	4.31	4.90	4.62	4.56
Negative Gefühle nennen	3.85	3.81	3.20	3.87	4.22
Ausgeglichen Gefühle nennen	2.08	1.87	2.70	2.12	1.89
Keine Gefühle nennen	2.58	2.87	2.90	2.50	2.22
Wütend sein - meinen	4.02	3.81	3.20	4.19	4.50
Angst haben - meinen	4.22	4.12	3.20	4.44	4.67
Niedergeschlagen sein - meinen	3.92	3.94	2.60	4.44	4.17
Selbst Tod ansprechen	1.90	1.75	1.80	2.00	2.00
Häufigkeit über Tod nachdenken	3.82	4.00	2.30	4.31	4.06
Tod reden - gefaßt	2.75	2.37	3.90	2.87	2.33
Tod reden - burschikos	3.53	4.12	4.40	2.62	3.33
Tod reden - ängstlich	4.57	4.44	3.80	4.94	4.78
Tod reden - niedergeschlagen	4.20	4.37	2.40	4.75	4.56
Versuchen Sinn zu finden	4.02	4.37	2.30	5.00	3.78
Sinn suchen - religiös	3.85	4.02	3.75	3.85	3.75
Sinn suchen - philosophisch	4.70	4.48	4.91	4.70	4.78
Gelingt Sinn zu finden	3.75	3.64	4.02	3.75	3.69

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte				Signifikanz der Unterschiede
	Ge- samt	Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4
Sinn suchen ist Hilfe	3.65	3.51	3.99	3.65	3.58
					0.614
Selbstbild positive Aspekte	3.28	3.00	3.70	3.62	3.00
Selbstbild negative Aspekte	4.36	4.37	4.10	4.25	4.61
					0.381
Selbstbild ausgeglichenen Aspekte	2.65	2.87	2.40	2.37	2.83
					0.299
Selbstbild nichts nennen	3.32	3.50	3.20	3.12	3.39
					0.736
Kompetent halten - Freizeit	1.50	1.31	2.90	1.25	1.11
					0.000 ^{xxx}
Kompetent halten - Beruf	1.28	1.38	1.35	1.27	1.16
					0.464
Komponenten halten - Kontakte	1.52	1.31	2.30	1.50	1.28
					0.039 ^x
Pläne haben	3.67	3.25	4.10	3.56	3.89
					0.054 [']
Positives in Zukunft sehen	3.72	3.19	4.30	3.87	3.72
					0.003 ^{xx}
Negatives in Zukunft sehen	4.45	4.31	3.90	4.87	4.50
					0.007 ^{xx}
Zukunft ausgeglichen sehen	2.10	2.37	1.60	2.00	2.22
					0.114
Nichts für die Zukunft nennen	2.83	3.50	2.80	2.25	2.78
					0.004 ^{xx}
Zuversicht - Hobbies	1.72	1.56	1.90	1.62	1.83
					0.554
Zukunft zufrieden - Hobbies	1.35	1.12	1.40	1.62	1.28
					0.321
Zuversicht - Beruf weiterführen	1.55	1.48	1.69	1.59	1.49
					0.762
Zuversicht - wieder arbeiten	3.76	3.27	4.08	3.75	4.02
					0.151
Zukunft zufrieden - Beruf	1.77	1.56	1.90	2.06	1.61
					0.466
Zuversicht - Kontakte	1.57	1.25	1.60	1.56	1.83
					0.023 ^x

Tab. 2 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Ge- samt	Mittelwerte			Signifikanz der Unterschiede
		Cl.1	Cl.2	Cl.3	
Zukunft zufrieden - Kontakte	1.13	1.12	1.10	1.12	1.17
Einschränkung sehen	2.53	3.19	1.10	2.31	2.94
Einschränkung aushalten	2.00	1.25	3.80	1.94	1.72
Ungewißheit erleben	3.73	4.00	2.30	3.81	4.22
Ungewißheit ertragen	2.41	2.09	3.64	2.21	2.20
Beziehung Partner - besser	4.68	4.47	4.87	4.69	4.76
Beziehung Partner - schlechter	4.60	4.74	3.86	4.61	4.87
Beziehung Partner - ausgeglichen	1.64	1.63	2.26	1.68	1.26
Beziehung Partner - unverändert	1.72	1.80	2.27	1.70	1.37
Beziehung Partner - Zufriedenheit	1.60	1.36	2.66	1.61	1.20
Partner - über Probleme reden	2.79	2.83	2.68	2.77	2.82
Partner - über Gefühle reden	3.26	2.94	2.83	3.36	3.68
Partner - für Hilfe halten	1.26	1.13	1.43	1.24	1.29
Partner - etwas geben können	1.43	1.21	1.84	1.58	1.25
Beziehung Familie - besser	4.66	4.54	4.66	4.62	4.79
Beziehung Familie - schlechter	4.83	4.77	4.83	4.75	4.95
Beziehung Familie - ausgeglichen	1.37	1.53	1.45	1.32	1.21

Tab. 2 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte				Signifikanz der Unterschiede	
	Ge-samt	Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4	
Beziehung Familie - unverändert	1.51	1.69	1.50	1.63	1.25	0.195
Beziehung Familie - Zufriedenheit	1.24	1.62	1.10	1.09	1.12	0.043 ^x
Familie - über Probleme reden	3.78	3.51	3.51	3.86	4.11	0.196
Familie - über Gefühle reden	3.95	3.61	3.68	3.98	4.38	0.053 [']
Familie - für Hilfe halten	2.05	2.20	1.72	2.39	1.79	0.452
Familie - etwas geben können	1.49	1.75	1.30	1.50	1.36	0.495
Beziehung Bekannte - besser	4.82	4.75	4.60	4.94	4.89	0.124
Beziehung Bekannte - schlechter	4.50	4.94	4.60	4.12	4.39	0.010 ^{xx}
Beziehung Bekannte - ausgeglichen	1.62	1.19	1.80	1.94	1.61	0.012 ^x
Beziehung Bekannte - unverändert	1.68	1.31	1.80	1.94	1.72	0.123
Beziehung Bekannte - Zufriedenheit	1.47	1.06	1.40	2.06	1.33	0.021 ^x
Bekannte - über Probleme reden	3.92	3.37	4.10	4.00	4.22	0.015 ^x
Bekannte - über Gefühle reden	4.00	3.31	4.00	4.25	4.39	0.001 ^{xxx}
Bekannte - für Hilfe halten	3.07	1.69	3.70	3.50	3.56	0.002 ^{xx}
Bekannte - etwas geben können	2.85	1.50	3.50	3.25	3.33	0.001 ^{xxx}
Behandlung ist Belastung	3.03	3.37	2.30	2.75	3.39	0.034 ^x
Positives der Behandlung sehen	2.32	1.69	2.50	1.87	3.17	0.016 ^x
Dem Dialysegerät ausgeliefert fühlen	4.10	4.31	3.00	4.56	4.11	0.021 ^x

Item-Kurzbezeichnung	Ge- samt	Mittelwerte			Signifikanz der Unterschiede
		Cl.1	Cl.2	Cl.3	
Einfluß auf Krankheit zuschreiben	1.80	1.69	1.80	1.94	1.78
Ärzte - Vertrauen	1.35	1.56	1.20	1.56	1.06
Ärzte - über Probleme reden	2.85	2.62	2.80	3.06	2.89
Ärzte - Gefühle mitteilen	3.23	2.94	3.20	3.75	3.06
Durch Ärzte informiert	1.50	1.50	1.60	1.94	1.06
Ärzte - nach Information fragen	2.77	2.62	2.40	3.12	2.78
Ärzte - Kooperation gut	1.27	1.37	1.30	1.37	1.06
Pflegepersonal-Vertrauen	1.53	2.06	1.20	1.50	1.28
Pflegepersonal - über Probleme reden	4.08	4.00	3.60	4.50	4.06
Pflegepersonal - über Gefühle reden	4.40	4.12	3.90	4.94	4.44
Durch Pflegepersonal informiert	2.28	2.44	1.80	3.25	1.56
Pflegepersonal - nach Information frg.	3.62	3.62	3.10	4.06	3.50
Pflegepersonal - Kooperation gut	1.68	1.75	1.70	1.69	1.61
Während des Interviews - reflektiert	3.93	2.75	4.30	4.37	4.39
Während des Interviews - offen	2.93	2.12	1.70	3.81	3.56
Während des Interviews - ausgeglichen	2.97	2.25	4.50	3.06	2.67
Während des Interviews - ärgerlich	4.25	4.62	3.90	3.94	4.39
Während des Interviews - ängstlich	4.43	4.44	4.10	4.44	4.61
Während des Interviews - niedergeschl.	3.87	4.44	2.20	3.94	4.22

Tab. 3 : Internale - Externale Kontrolle und Repression-Sensitization

Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Skalen und den "Erfolgskriterien" mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten

Kurz-Bezeichnung	Internale- Externale Kontrolle		Repression- Sensitiza- tion	
	r	p	r	p
Arzt : Zufriedenheit	0.121	0.178	0.299	0.011 ^x
Arzt : Bewältigung	0.204	0.059 [†]	0.281	0.015 ^x
Selbst : Zufriedenheit	0.175	0.091 [†]	0.430	0.000 ^{xxx}
Selbst : Bewältigung	0.118	0.134	0.384	0.001 ^{xxx}
Schmerzmittelverbrauch	0.005	0.483	-0.132	0.156
Beruhigungsmittelverbrauch	-0.153	0.120	-0.231	0.033 ^x
Schlafmittelverbrauch	0.091	0.243	-0.026	0.420 ^{xxx}
B-L-Rohwert	0.262	0.021 ^x	0.678	0.000 ^{xxx}
E-L'-Rohwert	0.160	0.111 [†]	0.671	0.000 ^{xxx}
E-L ⁰ -Rohwert	0.201	0.061 [†]	0.666	0.000 ^{xxx}
LSK-Gesamtwert	0.087	0.255	0.070	0.296
LSK-Erweiterungs-Gesamtwert	0.043	0.311	0.163	0.099 [†]

Tab. 4 : Items der Beschwerdenlisten, nach Höhe der Mittelwerte geordnet

Mittelwerte und Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten mit dem T-Test bei zweiseitiger Fragestellung

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte			Streuungen			Vergleich männl. und weibliche Patienten		
	Ins-ge-samt	Männer	Frauen	Ins-ge-samt	Männer	Frauen	DF	T	Signifi-fikanz
Starker Durst	1.633	1.682	1.500	1.025	1.052	0.966	58	0.60	0.548
Überempfindlichkeit g. Kälte	1.433	1.250	1.938	1.125	1.102	1.063	58	2.16	0.035 ^X
Rasche Erschöpfbarkeit	1.400	1.386	1.438	1.077	1.083	1.094	58	0.16	0.872
Kalte Füße	1.367	1.114	2.062	1.113	1.017	1.124	58	3.11	0.003 ^{XX}
Verzerrlichkeit	1.367	1.364	1.375	0.843	0.865	0.806	58	0.03	0.864
Frieren	1.350	1.182	1.813	1.022	0.947	1.109	58	2.13	0.035 ^X
Müdigkeit	1.217	1.159	1.375	0.761	0.745	0.806	58	0.97	0.336
Verstopfung	1.183	1.159	1.250	1.033	1.010	1.125	58	0.30	0.766
Mangel an geschlechtl. Erregbarkeit	1.183	1.091	1.438	1.172	1.158	1.209	58	1.01	0.315
Störungen beim Wasserlassen	1.167	1.023	1.563	1.342	1.303	1.413	58	1.32	0.170
Müdigkeit	1.167	1.068	1.438	0.806	0.728	0.964	58	1.59	0.117
Schwächerer Müde	1.150	1.136	1.183	0.899	0.905	0.911	58	0.19	0.847
Heißhunger	1.150	1.091	1.313	0.983	0.910	1.195	58	0.77	0.447
Jackreiz	1.100	1.205	0.813	1.037	1.047	0.981	58	1.30	0.182
Reizbarkeit	1.050	1.045	1.063	0.928	0.861	1.124	58	0.06	0.850
Grübeln	1.033	0.795	1.688	0.974	0.823	1.078	58	3.41	0.001 ^{XXX}
Schlaflosigkeit	1.017	1.023	1.000	1.137	0.762	1.095	58	0.07	0.847
Schweres Gefühl/Müdigkeit d. Beine	1.017	0.836	1.375	1.017	0.970	1.098	58	1.67	0.100
Innere Wärme	1.000	1.023	0.938	0.844	0.762	1.063	58	0.34	0.722
Herzklopfen-Herzjagen	0.983	0.955	1.063	0.963	0.987	0.998	58	0.57	0.570
Gelenk-Gliederschmerzen	0.983	0.750	1.625	1.049	0.943	1.088	58	3.05	0.003 ^{XX}
Taubheitsgefühle in Händen/Füßen	0.950	0.955	0.938	0.946	0.963	0.929	58	0.06	0.851
Sehstörungen	0.933	0.955	0.875	0.880	0.888	0.885	58	0.31	0.760
Energielosigkeit	0.917	0.932	0.875	0.787	0.818	0.719	58	0.25	0.807
Kreuz od. Rückenschmerzen	0.900	0.750	1.313	1.003	0.943	1.078	58	1.97	0.054 ^X
Konzentrationsschwäche	0.900	0.909	0.875	0.858	0.802	1.025	58	0.14	0.893
Druck-Volleregefühl im Leib	0.850	0.841	0.875	0.880	0.861	0.885	58	0.13	0.896
Übermäßiges Schlafbedürfnis	0.833	0.750	1.063	0.905	0.811	1.124	58	1.10	0.240
Nacken-Schulterschmerzen	0.817	0.636	1.313	0.948	0.865	1.014	58	2.56	0.012 ^X
Berufliche u. private Sorgen	0.817	0.795	0.875	0.911	0.851	1.088	58	0.76	0.380
Kopf schmerzen	0.800	0.955	0.375	0.819	0.834	0.610	58	2.53	0.014 ^X
Innere Gespanntheit	0.800	0.795	0.812	0.793	0.765	0.811	58	0.07	0.942
Kirzatsnkeit	0.783	0.750	0.875	0.793	0.751	0.835	58	0.34	0.539
Triebe Gedanken	0.750	0.614	1.125	0.995	0.734	1.088	58	2.01	0.040 ^X
Unverträglichkeit bestimmter Speisen	0.750	0.705	0.375	0.816	0.823	0.806	58	0.74	0.470
Sodbrennen, saures Aufstoßen	0.717	0.836	0.250	0.904	0.945	0.872	45, 54	3.14	0.002 ^{XXX}
Belkeit	0.667	0.636	0.750	0.795	0.777	0.775	58	0.40	0.623

Tab. 4 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Eienstichprobe insgesamt		Vergleich Dialysepatienten und Eienstichprobe		
	$\bar{x}$	s	DF	t	Signifikanz
Hautveränderungen	/	/	/	/	/
Starkes Schwitzen	0.73	1.00	66.2	1.654	0.097
Zittern	0.28	0.62	61.4	2.651	0.010 ^{xxx}
Geschwollene Füße	/	/	/	/	/
Appetitlosigkeit	0.28	0.61	61.5	2.722	0.009 ^{xxx}
Schwindelgefühl	0.52	0.82	1819.0	0.223	0.926
Stiche, ziehen in der Brust	0.49	0.79	1819.0	0.104	0.846
Angstgefühl	0.52	0.82	1819.0	0.093	0.926
Chronischer Husten	/	/	/	/	/
Leichtes Erröten	0.52	0.79	1819.0	0.336	0.699
Hitze, Hitzeerwärmungen	0.55	0.89	1819.0	0.860	0.390
Kloßgefühl, Engigkeit im Hals	0.25	0.61	61.3	1.705	0.093
Gewichtsabnahme	0.22	0.57	60.9	1.921	0.059
Neigung zum Weinen	0.45	0.77	1819.0	0.103	0.843
Bei Frauen: Regelbeschwerden	/	/	/	/	/
Schluckauf	0.26	0.53	61.9	1.215	0.223
Gleichgewichtsstörungen	0.44	0.79	1819.0	1.064	0.287
Anfallsweise Atemnot	0.22	0.61	1819.0	1.127	0.260
Durchfall	/	/	/	/	/
Lebensmüdigkeit	/	/	/	/	/
Erstickungsgefühl	0.09	0.39	1819.0	0.394	0.696
Blut im Stuhl	/	/	/	/	/
Schluckbeschwerden	0.20	0.52	1819.0	1.214	0.002 ^{xxx}
Ohrnachtsanfälle/Bewußtlosigkeit	/	/	/	/	/

Tab. 5 : Items der beschwerdenlisten, nach Höhe der Mittelwerte von Dialysepatienten gegliedert
 Mittelwerte der Eichtstichprobe (nur 6-1^o lieren keine Stichdaten vor), und Vergleich der
 Ergebnisse der Dialysepatienten mit denen der Eichtstichprobe mit dem T-Test bei zwei-
 seitiger Darstellung

Item-Kurzbezeichnung	Eichtstichprobe insgesamt		Vergleich Dialysepatienten und Eichtstichprobe		
	$\bar{x}$	s	DF	T	Signi- fikanz
Starker Durst	/	/	/	/	/
Überempfindlichkeit gegen Kälte	0.72	0.98	1819.0	3.491	0.000 ^{XXX}
Rasche Erschöpfbarkeit	0.78	0.9 ^z	1819.0	3.052	0.000 ^{XXX}
Kalte Füße	0.92	1.11	1819.0	3.019	0.003 ^{XX}
Veräglichkeit	/	/	/	/	/
Frieren	0.81	1.01	1819.0	4.071	0.000 ^{XXX}
Müdigkeit	0.83	0.92	65.0	3.780	0.000 ^{XXX}
Verstörung	0.61	0.96	1819.0	4.512	0.000 ^{XXX}
Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	0.48	0.7 ^a	60.8	4.599	0.000 ^{XXX}
Störungen beim Wasserlassen	/	/	/	/	/
Müdigkeit	1.16	0.96	1819.0	0.000	1.000
Schwächegefühle	0.52	0.79	1819.0	6.045	0.000 ^{XXX}
Heißhunger	/	/	/	/	/
Zuckreiz	/	/	/	/	/
Reizbarkeit	1.01	0.96	1819.0	0.313	0.751
Grübeleien	0.79	0.94	1819.0	1.343	0.052 ^X
Schlaflosigkeit	0.59	0.89	61.4	2.801	0.007 ^{XX}
Schwerzgefühl/Müdigkeit der Beine	0.80	0.99	1819.0	1.515	0.107
Innere Unruhe	0.91	0.97	1819.0	0.710	0.473
Herzklopfen-Herzjagen	0.81	0.96	1819.0	1.545	0.128
Gelenk-Gliederschmerzen	0.73	1.00	1819.0	1.901	0.057 ^X
Taubheitsgefühle in Händen/Füßen	0.60	0.90	1819.0	2.353	0.005 ^{XXX}
Sehstörungen	/	/	/	/	/
Energielosigkeit	0.54	0.76	1819.0	3.705	0.000 ^{XXX}
Kreuz- oder Rückenschmerzen	1.06	1.08	1819.0	1.131	0.258
Konzentrationschwäche	0.67	0.81	1819.0	2.159	0.031 ^X
Druck-Völlegefühl im Leib	0.62	0.85	1819.0	2.059	0.040 ^X
Übermäßiges Schlafbedürfnis	0.83	1.02	1819.0	0.000	1.000
Nacken-Schulterschmerzen	0.65	0.97	1819.0	1.256	0.209
Berufliche und private Sorgen	/	/	/	/	/
Kopfschmerzen	1.02	1.02	65.5	2.049	0.044 ^X
Innere Gespanntheit	0.63	0.85	1819.0	1.073	0.281
Kurzatmigkeit	0.40	0.76	1819.0	3.305	0.000 ^{XXX}
Ärztliche Gedanken	0.51	0.77	1819.0	2.761	0.008 ^{XX}
Unverträglichkeit bestimmter Speisen					
Sodbrennen, saures Aufstoßen	0.55	0.87	1819.0	1.635	0.052
Übelkeit	0.35	0.66	31.3	3.004	0.004
Überempfindlichkeit gegen Wärme	0.43	0.87	1819.0	1.521	0.103
Erbrechen	/	/	/	/	/
Unruhe in den Beinen	0.47	0.85	1819.0	1.405	0.157
Leib-Narenschmerzen	0.60	0.86	1819.0	0.000	1.000

Tab. 5 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	Mittelwerte			Streuungen			Vergleich männl. und weibliche Patienten		
	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	DF	T	Signifikanz
Überempfindlichkeit z. Wärme	0.650	0.727	0.437	0.899	0.924	0.814	58	1.11	0.273
Erbrechen	0.617	0.656	0.563	0.739	0.780	0.629	58	0.54	0.735
Unruhe in den Beinen	0.600	0.591	0.625	0.785	0.787	0.806	58	0.15	0.893
Leib-Magenschmerzen	0.600	0.614	0.563	0.785	0.722	0.964	58	0.27	0.525
Hautveränderungen	0.600	0.705	0.312	0.924	0.954	0.793	58	1.47	0.148
Starkes Schwitzen	0.567	0.500	0.750	0.767	0.699	0.856	58	1.12	0.268
Zittern	0.567	0.545	0.625	0.810	0.791	0.835	58	0.33	0.740
Geschwollene Füße	0.567	0.477	0.813	0.767	0.698	0.911	58	1.51	0.135
Appetitlosigkeit	0.550	0.500	0.688	0.769	0.731	0.973	58	0.83	0.408
Schwindelgefühl	0.533	0.523	0.563	0.700	0.731	0.629	58	0.19	0.848
Stiche, Ziehen in der Brust	0.517	0.500	0.563	0.676	0.699	0.629	58	0.31	0.755
Angstgefühl	0.517	0.477	0.625	0.725	0.698	0.806	58	0.70	0.480
Chronischer Husten	0.500	0.591	0.250	0.854	0.897	0.683	58	1.55	0.123
Leichtes Erröten	0.483	0.477	0.500	0.748	0.698	0.894	58	0.10	0.918
Hitze, Hitzevallungen	0.450	0.409	0.563	0.746	0.726	0.814	58	0.70	0.485
Kloßgefühl, Engigkeit i. Hals	0.433	0.455	0.375	0.810	0.848	0.719	58	0.33	0.740
Gewichtsabnahme	0.433	0.432	0.438	0.846	0.846	0.629	58	0.02	0.981
Neigung zum Weinen	0.433	0.227	1.000	0.745	0.476	1.033	17.37	2.83	0.010 ^{xxx}
Bei Frauen: Regelbeschwerden	0.375	/	0.375	0.885	/	0.885	/	/	/
Schluckauf	0.367	0.313	0.400	0.637	0.601	0.750	58	0.98	0.332
Gleichgewichtsstörungen	0.333	0.364	0.250	0.705	0.750	0.577	58	0.55	0.585
Anfallsweise Atemnot	0.317	0.386	0.125	0.567	0.618	0.342	48.17	2.07	0.044 ^x
Durchfall	0.267	0.364	0.000	0.516	0.574	0.000	58	2.52	0.012 ^x
Lebensmüdigkeit	0.250	0.227	0.313	0.571	0.565	0.602	58	0.51	0.613
Erstickungsgefühl	0.117	0.159	0.000	0.372	0.428	0.000	58	1.48	0.145
Blut im Stuhl	0.100	0.156	0.000	0.303	0.347	0.000	58	1.56	0.124
Schluckbeschwerden	0.083	0.091	0.062	0.279	0.291	0.250	58	0.55	0.730
Ohnmachtsanfälle/Bewußtlosigkeit	0.067	0.091	0.000	0.252	0.291	0.000	58	1.24	0.219

Tab. 6 : Übers der Hochwerdendlisten

Ergebnis der Überprüfung der Mittelwertsunterschiede der vier Cluster mit der Varianzanalyse

Item-Kurzbezeichnung	F	DF _Z	DF _I	Signifi- kanz
Druckgefühl/Druck im Hals	0.677	3	56	0.969
Druckgefühl	0.700	3	56	0.555
Druckgefühl	2.037	3	56	0.119
Druckgefühl	1.289	3	56	0.287
Druck, Waden in der Brust	1.105	3	56	0.354
Druck, Wadengefühl im Leib	1.617	3	56	0.195
Druckgefühl	1.860	3	56	0.146
Druckgefühl	3.426	3	56	0.023x
Druckgefühl, Saures Aufstoßen	1.282	3	56	0.289
Druckgefühl	11.371	3	56	0.000xxx
Druckgefühl	14.121	3	56	0.000xxx
Druckgefühl	1.709	3	56	0.175
Druck- oder Waden Schmerzen	5.854	3	56	0.001xxx
Druckgefühl	0.763	3	56	0.519
Druckgefühl, Müdigkeit in den Beinen	1.627	3	56	0.192
Druck in den Beinen	0.420	3	56	0.720
Druckgefühl, Waden gegen Wärme	0.389	3	56	0.761
Druckgefühl, Waden gegen Kälte	2.382	3	56	0.029
Druckgefühl, Waden gegen Kälte	1.563	3	56	0.263
Druckgefühl	1.831	3	56	0.143
Druckgefühl	0.770	3	56	0.515
Druckgefühl	1.694	3	56	0.173
Druckgefühl	2.041	3	56	0.118
Druckgefühl	4.447	3	56	0.007xy
Druckgefühl	0.095	3	56	0.962
Druckgefühl	3.892	3	56	0.013x
Druckgefühl	6.000	3	56	0.001xxx
Druckgefühl, Waden	1.570	3	56	0.206
Druckgefühl, Waden	1.090	3	56	0.361
Druckgefühl, Waden	3.684	3	56	0.017x
Druckgefühl	5.394	3	56	0.002xx
Druckgefühl	1.561	3	56	0.209
Druckgefühl, Waden	2.518	3	56	0.067
Druckgefühl	2.343	3	56	0.085

Tab. 6 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	F	DF	DF _I	Signifi- kanz
Anstreichgefühl	13.134	3	56	0.000xxx
Anstreichgefühl	1.069	3	56	0.373
Anstreichgefühl	0.592	3	56	0.440
Anstreichgefühl	3.210	3	56	0.015x
Anstreichgefühl	3.897	3	56	0.013x
Anstreichgefühl	7.015	3	56	0.000xxx
Anstreichgefühl	1.214	3	56	0.313
Anstreichgefühl	1.922	3	56	0.144
Anstreichgefühl	1.773	3	56	0.161
Anstreichgefühl	2.561	3	56	0.016x
Anstreichgefühl	2.146	3	56	0.103
Anstreichgefühl	7.294	3	56	0.000xxx
Anstreichgefühl	4.345	3	56	0.003x
Anstreichgefühl	4.343	3	56	0.003xx
Anstreichgefühl	4.473	3	56	0.006xx
Anstreichgefühl	1.241	3	56	0.303
Anstreichgefühl	1.074	3	56	0.384
Anstreichgefühl	0.821	3	56	0.481
Anstreichgefühl	3.072	3	56	0.014x
Anstreichgefühl	0.645	3	56	0.538
Anstreichgefühl	1.336	3	56	0.271
Anstreichgefühl	16.305	3	56	0.000xxx
Anstreichgefühl	0.424	3	56	0.565
Anstreichgefühl	1.343	3	56	0.167
Anstreichgefühl	0.642	3	56	0.590
Anstreichgefühl	1.278	3	56	0.290
Anstreichgefühl	2.037	3	56	0.140
Anstreichgefühl	4.902	3	56	0.004xx
Anstreichgefühl	0.070	3	56	0.974
Anstreichgefühl	1.554	3	56	0.210
Anstreichgefühl	0.725	3	56	0.442

Tab. 7 : Items der Listen somatischer Kriterien, nach Bereichen geordnet
Häufigkeitsverteilung für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht

Bezeichnung		Ins- gesamt		Männer		Frauen	
		N	%	N	%	N	%
I RELEVANTE DATEN ZUR KENNZEICHNUNG DER NIERENINSUFFIZIENZ							
Bilateral nephrektomiert		1	2	1	2	0	0
Durchschnittliche Gewichtszunahme im Dialyse- intervall							
	<1kg	2	3,3	2	5	0	0
	1 - 2kg	39	65	29	66	10	63
	2 - 3kg	17	28,3	12	27	5	31
	>3kg	2	3,3	1	2	1	6
Mittlere Restdiurese							
	< 200ml/24h	50	83	37	84	13	81
	200 - 800ml/24h	9	15	7	16	2	13
	> 800ml/24h	1	2	0	0	1	6
Anämie/Hämatokrit							
	> 30 %	17	28,3	14	32	3	19
	25 - 30 %	20	33,3	15	34	5	31
	20 - 25 %	15	25	11	25	4	25
	15- 20 %	8	13,3	4	9	4	25
	< 15 %	0	0	0	0	0	0
Harnstoff, praedialytisch							
	< 130mg/%	6	10	4	9	2	12,5
	130 - 180mg/%	42	70	30	68	12	75
	> 180mg/%	12	20	10	23	2	12,5
Kreatinin, praedialytisch							
	< 12mg/%	10	17	4	9	6	38
	12 - 18mg/%	44	73	35	80	9	56
	> 18mg/%	6	10	5	11	1	6
Hyperkaliämie, praedialytisch							
	< 6mval/l	60	100	44	100	16	100
	6 - 6,5mval/l	0	0	0	0	0	0
	6,5-7mval/l	0	0	0	0	0	0
	> 7mval/l	0	0	0	0	0	0
II DYSREGULATION DES KALZIUMHAUSHALTES							
Sek. Hyperparathyreoidismus/biochem. Zeichen		10	17	6	14	4	25
Sek. Hyperparathyreoidismus/röntgenologisch: Knochenveränderungen		12	20	7	16	5	31
Sek. Hyperparathyreoidismus/Spontanfrakturen		0	0	0	0	0	0
Gefäßverkalkungen		11	18	7	16	4	25
Weichteilverkalkungen		0	0	0	0	0	0
III HYPERTONIE							
Systolischer Druck							
	< 160mm Hg	57	95	42	95	15	94
	160 - 180mm Hg	2	3	2	5	0	0
	180 - 210mm Hg	1	2	0	0	1	6
	> 210mm Hg	0	0	0	0	0	0
Diastolischer Druck							
	< 95mm Hg	52	87	38	86	14	88
	95 - 110mm Hg	8	13	6	14	2	12
	110 - 130mm Hg	0	0	0	0	0	0
	> 130mm Hg	0	0	0	0	0	0
Fundus hypertonicus:							
	Fundus I	3	5	3	7	0	0
	Fundus II	3	5	3	7	0	0
	Fundus III	1	2	1	2	0	0
	Fundus IV	0	0	0	0	0	0

Tab. 7 : Fortsetzung

Bezeichnung	Ins- gesamt		Männer		Frauen	
	N	%	N	%	N	%
IV KARDIALE SYMPTOME						
Herzdilatation: Leichte Herzdilatation	13	22	8	18	5	31
Mittelgradige Herzdilatation	0	0	0	0	0	0
Schwergradige Herzdilatation	0	0	0	0	0	0
Ruheinsuffizienz	0	0	0	0	0	0
V KOMPLIKATIONEN						
Nicht juveniler Diabetes mellitus	0	0	0	0	0	0
Juveniler Diabetes mellitus	0	0	0	0	0	0
Akute Hepatitis mit hohen Transaminasen	0	0	0	0	0	0
Akute Hepatitis mit niedrigen/normalen Transaminasen	0	0	0	0	0	0
Chronisch persistierende Hepatitis	0	0	0	0	0	0
Chronisch aggressive Hepatitis/Cirrhose	0	0	0	0	0	0
Persistierende Australia-Antigenämie	0	0	0	0	0	0
Sepsis	0	0	0	0	0	0
Perikarditis	1	2	0	0	1	6
Pleuritis	1	2	0	0	1	6
Skuntinfektion	6	10	4	9	2	13
Skuntverschluß	5	8	4	9	1	6
Polyneuropathie (Nervenleitgeschwindigkeit/Vibration .)	30	50	24	55	6	38
Polyneuropathie (Klinisch)	0	0	0	0	0	0
Dysäquilibrium	0	0	0	0	0	0
Juckreiz	19	32	15	34	4	25
Kopfschmerzen	4	7	4	9	0	0
Magen-Darm-Beschwerden	5	8	3	7	2	13
Ulcus duodeni	0	0	0	0	0	0
Ulcus ventriculi	1	2	0	0	1	6
Infektionskrankheiten	3	5	2	5	1	6

Kriterien der Überprüfung der Verteilungsunterschiede
zwischen den vier Clustern mit dem χ^2 -Verfahren
(Ein Strich bei χ^2 bedeutet, daß die Werte für alle
yps gleich sind)

Item-Kurzbezeichnung	χ^2	pp	Signi- fikanz
Diast. juveniler Diabetes	/		
Juveniler Diabetes	/		
Hepatitis hohe Transaminasen	/		
Hepatitis niedrige Transaminasen	/		
Chronisch akutes Hepatitis	/		
Chronisch akutes Hepatitis	/		
Australia Antirenmie	/		
Diastolischer Druck-Kl. 160	6,578	3	0,086
Diastolischer Druck 160 - 180	2,974	3	0,395
Diastolischer Druck 180 - 210	5,084	3	0,165
Diastolischer Druck Gr. 210	/		
Diastolischer Druck Kl. 95	1,562	3	0,467
Diastolischer Druck 95 - 110	1,562	3	0,467
Diastolischer Druck 110 - 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	3,274	3	0,351
Diastolischer Druck Gr. 130	1,432	3	0,697
Diastolischer Druck Gr. 130	2,796	3	0,424
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	3,346	3	0,341
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	2,372	3	0,498
Diastolischer Druck Gr. 130	4,330	3	0,238
Diastolischer Druck Gr. 130	4,201	3	0,240
Diastolischer Druck Gr. 130	5,575	3	0,174
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	/		
Diastolischer Druck Gr. 130	9,671	3	0,0216 ^x
Diastolischer Druck Gr. 130	1,562	3	0,667
Diastolischer Druck Gr. 130	5,318	3	0,149
Diastolischer Druck Gr. 130	1,370	3	0,712

Tab. 8 : Fortsetzung

Item-Kurzbezeichnung	χ^2	pp	Signi- fikanz
Anämie-Hämokt. Kl. 15 %	/		
Ulcus duodeni	/		
Ulcus ventriculi	1,084	3	0,165
Gewichtszunahme Kl. 1 kg	1,594	3	0,660
Gewichtszunahme 1 - 2 kg	2,478	3	0,479
Gewichtszunahme 2 - 3 kg	1,402	3	0,705
Gewichtszunahme Gr. 3 kg	1,840	3	0,612
Mittl. Restdiurese Kl. 200 ml/24h	4,190	3	0,242
Mittl. Restdiurese 200 - 800 ml/24h	6,445	3	0,087
Mittl. Restdiurese Gr. 800 ml/24h	2,796	3	0,424
Harnstoff Prä. Kl. 130 mg %	2,906	3	0,471
Harnstoff Prä. 130 - 180 mg %	6,414	3	0,033
Harnstoff Prä. Gr. 180 mg %	6,284	3	0,098
Kreatinin Prä. Kl. 12 mg %	1,407	3	0,727
Kreatinin Prä. 12 - 18 mg %	0,113	3	0,920
Kreatinin Prä. Gr. 18 mg %	1,353	3	0,715
Hyperkalämie Prä. Kl. 6 mval-l	/		
Hyperkalämie Prä. 6 - 6,5 mval-l	/		
Hyperkalämie Prä. 6,5 - 7 mval-l	/		
Hyperkalämie Prä. Gr. 7 mval-l	2,372	3	0,493
Bilateral nephrektomiert	4,250	3	0,235
Polynuropathie-Nervenleitschwäche	/		
Polynuropathie-klinisch	2,372	3	0,493
Flouritis	1,847	3	0,600
Shuntinfektion	9,593	3	0,022 ^x
Shuntverschluss	1,980	3	0,574
Luckreiz	/		
Lyttäquilibrium	/		
Sensit	/		
Konfusionsmerzen	0,223	3	0,973
Tagen-Darm-Berechwerden	2,892	3	0,244 ^x
Infektionskrankheiten	1,452	3	0,697

Lebenslauf

Am 27. 6. 1953 wurde ich als Tochter von Toni Steuernagel, geb. Euler, und Dr. Helmut Steuernagel in Lauterbach, Hessen, geboren. Nach Besuch der Grundschule in Lauterbach seit April 1960 wechselte ich Ostern 1964 zum Alexander-v.-Humboldt-Gymnasium in Lauterbach, an dem ich im Juni 1972 im sprachlichen Zweig das Abitur ablegte.

Nach Praktika im Baugewerbe und in einem Architekturbüro und dem Studium der Architektur an der Fachhochschule in Münster von Juni 1972 bis Juli 1973, wechselte ich im September 1973 zur Universität Münster, wo ich das Psychologiestudium aufnahm. Im Juni 1975 legte ich dort das Vordiplom ab.

Im Hauptstudiengang nach dem Vordiplom erhielt ich eine Spezialausbildung in Klinischer Psychologie mit dem Schwerpunkt der Verhaltenstherapie. Vom 1. 4. 1977 bis zum 1. 10. 1978 war ich als Studentische Hilfskraft in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts tätig. Meine Diplom-Arbeit schrieb ich im Rahmen des Projekts "Sozialtraining für ältere Menschen". Sie hatte die Identifikation von Bedingungen zum Ziel, die aktives bzw. passives Verhalten im Ruhestand bewirken. Am 7. Okt. 1978 schloß ich die Diplom-Hauptprüfung in Psychologie an der Universität in Münster ab.

Die Leitung des Fachbereichs "Gesundheitsvorsorge - Gesundheitserziehung" an der Volkshochschule in Münster seit dem 15. Oktober 1978 regte mich zur Auseinandersetzung mit den Problemen chronisch kranker Menschen an und legte den Grundstein zur Idee der vorliegenden Dissertation. Nach Aufgabe der Stelle an der VHS war es mir ab November 1979 möglich, die Untersuchung für diese Arbeit durchzuführen. Seitdem bin ich freiberuflich in der Erwachsenenbildung, als Therapeutin in einer psychologischen Praxis in Münster und ehrenamtlich im psychiatrischen Bereich tätig gewesen. Seit dem 23. 3. 1976 bin ich mit Dr. Andreas Bosse verheiratet.

